

Saija Lehtonen

**PERUSTERVEYDENHUOLLON JA
ERIKOISSAIRAANHOIDON VÄLISEN
YHTEISTYÖN ONGELMIA**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Pro gradu -tutkielma

Huhtikuu 2019

TIIVISTELMÄ

Saija Lehtonen: Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmia

Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Terveystieteet, Hoitotiede

Ohjaajat: Mervi Roos TtM, TtT-opiskelija, yliopisto-opettaja ja Tarja Suominen THT, professori
Huhtikuu 2019

Julkisuudessa on keskusteltu paljon terveydenhuollon ongelmista. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ilmoitetaan olevan ongelmia tiedonkulkuun, potilaan hoidon jatkuvuuteen ja eri hoitotahojen väliseen yhteistyöhön liittyen. Terveydenhuollon asiakkaana oleminen merkitsee usein hoitokontakteja sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa, ja siksi on tärkeää turvata hoidon jatkuvuus yli organisaatorajojen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lääkäreiden ja muun terveydenhuoltohenkilökunnan näkökulmasta minkälaisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä yhteistyön ongelmia ilmeni ketjulähettijakson aikana. Tutkimukseen osallistuneet olivat vuosina 2008 - 2016 ketjulähettijakson käyneitä terveydenhuollon työntekijöitä, jotka vastasivat joko toiseen tai molempiin ketjulähettijakson suorittamiseen liittyvään palautekyselylomakkeen kysymyksiin: ”Nousiko esiin ristiriitaisia toimintakäytäntöjä ketjulähettijakson yksikön ja oman terveystakesi välillä?” sekä ”Mitä terveystakesi ja ketjulähettijakson yksikön välisiä käytännön yhteistyökysymyksiä nousi esiin jakson aikana?” Ketjulähettijakson jälkeen 229 terveydenhuollon ammattilaista vastasi joko toiseen tai molempiin tutkimusaineistona toimineeseen kysymykseen, vastausprosentin ollessa 79%. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimus tuotti monitahoisen kuvan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisistä yhteistyön ongelmista. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä ilmeni ketjulähettijakson aikana seuraavia ongelmia; vaikeudet informaation hankkimisessa, informaation vajavaisuus potilaan hoidosta eri hoitotahoilla, potilasdokumentoinnin erilaiset käytänteet, potilastietojärjestelmät eivät tue hoidon jatkuvuutta, jäsentymätön työn allokointi potilasta hoitavien tahojen kesken, ei tunneta tarpeeksi verkostoa, jossa potilaan hoito tapahtuu, erot toiminnan luonteessa, eri hoitotahojen rajapinnoilla hoidon jatkumattomuus ja epäyhtenäiset hoitokäytännöt.

Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Tulosten perusteella perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmat muodostavat monitahoisen kokonaisuuden ja edellyttävät niin potilaan hoitoon liittyvän informaation ajantasaisuutta ja tiedon sujuvaa liikkumista yli organisaatorajojen kuin myös ymmärrystä ja arvostusta toisen työtä kohtaan niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin.

Avainsanat: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, yhteistyö, integroituhoido

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Saija Lehtonen: Collaboration problems between primary and secondary care

Master's Thesis

Tampere University Faculty of Social Sciences, Health Sciences, Nursing Science

Supervisors: Mervi Roos, MNSc, Doctoral Student, University Instructor and Tarja Suominen, PhD, Professor

April 2019

There has been a lot of publicity considering the Finnish health care problems. Between primary and secondary care there has been reported problems with the flow of information, the continuity of patient care and the cooperation between different health care providers. Being a customer of healthcare often means care contacts both in primary and in secondary care, and it is therefore important to ensure continuity of care across organizational boundaries.

The purpose of this study was to describe from the doctors and other health care professionals' point of view what kind of cooperation problems between primary and secondary care occurred during the chain messenger period. Participants in the study were health care workers who had been in the chain messenger period from 2008 to 2016 and who answered either one or both questions in the feedback questionnaire related to the chain messenger periods. Questions were "Did there arise conflicting practices between the chain messenger unit and your own health organization?" and "What practical issues of cooperation between your health organization and the chain messenger unit emerged during the period?" After the chain messenger period, 229 health professionals responded to one or both research questions, with a response rate of 79%. The data were analyzed with the method of inductive content analyze.

The research produced a complex picture of the problems of cooperation between primary and secondary care. The cooperation between primary and secondary care during the chain messenger period revealed the following problems; difficulties in obtaining information, lack of information about patient care in different care settings, different practices in patient documentation, patient information technologies did not support continuity of care, unstructured allocation of work among different care settings, not enough knowledge of the network in which the patient is being treated, differences in the character of the function, lack of continuity of care in the interfaces of different care providers and inconsistent treatment practices.

The information provided by the research can be utilized in developing cooperation between primary and secondary care. Based on the results, the problems of cooperation between primary and secondary care form a complex entirety. Cooperation requires that the patient care information must be up to date and there has to be a smooth flow of information across organizational boundaries. Also, there must be a good understanding and appreciation of the work of others in primary care as well as in secondary care.

Keywords: primary care, secondary care, cooperative behavior, integrated care

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

SISÄLLYS

1. Johdanto	3
2. Tutkimuksen lähtökohdat.....	5
2.1. Yhteistyö	5
2.2. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö	6
2.3. Ketjulähettilätoiminta.....	9
3. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite.....	11
4. Tutkimuksen toteuttaminen.....	12
4.1. Osallistujat.....	12
4.2. Aineiston keruu	14
4.3. Aineiston analysointi.....	14
5. Tutkimustulokset.....	17
5.1. Vaikeudet informaation hankkimisessa.....	19
5.2. Informaation vajavaisuus potilaan hoidosta eri hoitotahoilla.....	21
5.3. Potilastietojärjestelmät eivät tue hoidon jatkuvuutta.....	23
5.4. Potilasdokumentoinnin erilaiset käytännöt.....	24
5.5. Jäsentymätön työn allokointi potilasta hoitavien tahojen kesken	26
5.6. Ei tunneta tarpeeksi potilaan hoitoverkoston.....	27
5.7. Erot toiminnan luonteessa	30
5.8. Hoidon jatkumattomuus hoitotahojen rajapinnoilla	31
5.9. Epäyhtenäiset hoitokäytännöt.....	35
6. Pohdinta ja johtopäätökset	39
6.1. Eettisyys	39
6.2. Tutkimuksen luotettavuus	40
6.3. Tulosten tarkastelu	41
6.4. Johtopäätökset	44
6.5. Jatkotutkimushaasteet.....	45

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1. Systemaattinen kirjallisuushaku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö.

Liite 2. Ketjulähettiläksen ennakko- ja palautekyselylomakkeiden tässä tutkimuksessa hyödynnetyt kohdat.

Liite 3. Tutkimusaineiston induktiivinen sisällönanalyysi.

1. Johdanto

Julkisuudessa keskustellaan paljon terveydenhuollon ongelmista, joista osa liittyy rakenteisiin ja talouteen. Osa ongelmista liittyy taas enemmän toimintaan. (Salunen 2016.) Suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden yksi tärkeä kehittämishaaste on palvelujen asiakaslähtöisyyden parantaminen, jota on pyritty edistämään muun muassa palveluiden paremman yhteensovittamisen kautta. Palveluiden yhteensovittamisella tavoitellaan muun muassa hoidon jatkuvuutta ja ammattilaisten välistä moniammatillista yhteistyötä. (Sinervo ym. 2016.) Terveydenhuollon asiakkaana oleminen merkitsee usein hoitokontakteja sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa, ja siksi yhteisen asiakkaan hoidon jatkuvuus on turvattava (Salunen 2016). Suomessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) on painotettu voimakkaasti terveystalouden ja sosiaalihuollon yhteensovittamista. Puutteellinen palveluiden yhteensovittaminen tarkoittaa asiakkaalle muun muassa päällekkäisiä tutkimuksia ja turhia käyntejä eri terveydenhuollon toimipisteissä. Terveydenhuollon palvelujen järjestäjän kannalta palveluiden yhteensovittamisen puute taas merkitsee esimerkiksi tehottomuutta, osaoptimointia ja heikkoa vaikuttavuutta. (Sinervo ym. 2016.)

Terveydenhuollossa kasvavana trendinä ollut erikoistuminen terveydenhuollon eri sektoreihin on johtanut eriytyneisiin organisaatorakenteisiin ja toimintamalleihin. Tämä on lisännyt vastuun sirpaloitumista eri organisaatioiden kesken ja synnyttänyt tarpeen vahvemmassa yhteistyöstä ja uusien yhteistyömuotojen löytymisestä. (Axelsson & Axelsson 2006.) Terveydenhuollon toimintaan liittyviä ongelmia on todettu ilmenevän muun muassa silloin, kun potilasta hoidetaan eri organisaatioissa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä koetaan olevan hoidon jatkuvuuteen sekä yhteistyöhön liittyviä ongelmia. Hoitoprosessien hankaliksi kohdiksi on nimetty etenkin organisaatioiden ja yksiköiden väliset rajapinnat (Asikainen ym. 2008). Yhtenä suurimpana ongelmana tällä rajapinnalla on koettu se, että hoitotieto ei aina välity potilaan seuraavalle hoitotaholle ja tieto on usein epätäydellistä, epäselvää ja myöhässä. (Asikainen ym. 2008, Salunen 2016.)

Terveydenhuollolle on lisäksi erityistä, että hyvän hoitotuloksen aikaansaaminen ei useinkaan onnistu vain yhdeltä toimijalta, vaan siihen tarvitaan useamman asiantuntijan työn yhdistämistä (Tanttu 2007). Potilaan hoidon käsittäminen organisaatorajat ylittävänä palvelukokonaisuutena on haastanut terveydenhuollon toimijat sekä yhtenäistämään toimintakäytäntöjään että sopimaan yhteisesti käytettävistä käsitteistä, termistöistä ja luokituksista (Ruuska & Haukka-Pää-Haara 2004). On todettu, että toisen hoitotahon toiminnan ja työntekijöiden tunteminen antaa lisää keinoja käytännön

potilastilanteisiin, muun muassa vähentäen turhaa etsimistä ja väärään paikkaan soitettuja puheluita sekä nopeuttaen potilaan hoitoa (Mertala 2011). Yhteistyön avulla pystytään myös nopeasti vastaamaan terveydenhuollon vaihteleviin toiminnan haasteisiin, jolloin vaaditaan kykyä kehittyä sekä uutta oppivaa ja joustavaa toimintatapaa (Tanttu 2007).

Terveydenhuollon organisaatioiden toiminnalle on kuitenkin edelleen olennaista ammatilliset, työnjaolliset, ikään, kokemukseen ja sukupuoleen perustuvat hierarkkiset asetelmat. Eri ammattiryhmiä erottaa ja terveydenhuoltoa toimintaympäristönä hierarkisoi koulutus pohjan lisäksi työtehtävien luonne ja erilaiset ammattikuväsäännökset. Lisäksi laaja lainsäädäntö ja kunkin organisaation toisistaan poikkeavat sisäiset normit ja säännöt edistävät sitä, että yhteistyöstä ja yhteisestä tiedosta ei kuitenkaan välttämättä vallitse jaettua ymmärrystä. (Mertala 2011.) Etenkin ammattiryhmäkeskeisyyden on nähty oleellisesti vaikuttavan yhteistyön heikkoon sujumiseen (Paukkunen ym. 2003). Erikoissairaanhoidon arvostus asiantuntijuutta kohtaan voi johtaa siihen, että työtä perusterveydenhuollossa ei arvosteta (Berendsen ym. 2006). Perusterveydenhuollossa taas katsotaan, että erikoissairaanhoidosta on tullut niin erikoisalaorientoitunutta, ettei sillä enää ole tietoa siitä, miten perusterveydenhuollossa potilaita hoidetaan (Berendsen ym. 2007). Tällainen hierarkia aiheuttaa epäsymmetriaa asiantuntijoiden välillä ja saattaa olla tärkeä este käytännön yhteistyölle. Erikoissairaanhoidon on arvioitu olevan vähemmän kiinnostunut hoidon yhteistyörakenteiden muutokseen perusterveydenhuollon kanssa, mutta sitä on kuitenkin ajateltu motivoivan perusterveydenhuollon rooli portinvartijana erikoissairaanhoidonpuolelle. Yhteistyön lisääntymisen toivotaan vähentävän odotusaikoja ja painetta erikoissairaanhoidon poliklinikoilla. (Berendsen ym. 2006.)

Terveydenhuollon rakenteellisten muutosten lisäksi tarvitaan siis myös toimijatasoisen yhteistyön vahvistamista. Kun tunnistetaan työntekijöiden väliset yhteistyön ongelmat eri organisaatioiden välillä, pystytään niihin myös vaikuttamaan. (Salunen 2016.) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmia on pyritty vähentämään muun muassa ketjulähettilötoiminnalla, joka on erään sairaanhoitopiirin tuottama täydennyskoulutus- ja yhteistyömuoto (Salunen ym. 2013, Salunen 2016). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata lääkäreiden ja muun terveydenhuoltohenkilökunnan näkökulmasta minkälaisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä yhteistyön ongelmia ilmeni ketjulähettilöjakson aikana.

2. Tutkimuksen lähtökohdat

2.1. Yhteistyö

Yhteistyön tekeminen on tärkeä osa työtä, niin organisaatioiden sisällä kuin niiden välilläkin. Yhteistyö on myös sekä ilmiönä että käsitteenä laaja, ja siksi useilla eri tavoilla käsitetty. (Aira 2012.) Lisäksi yhteistyö on hyvin kontekstisidonnaista (Keyton ym. 2008). Osittain yhteistyön vahvasta kontekstisidonnaisuudesta johtuen se nähdään hyvin moniulotteisena ilmiönä. Yhteistyön tekemisen tavat ja vuorovaikutuksen ilmiöiden sisältö voivat näyttäytyä eri tavoin eri yhteyksissä. Lisäksi ilmiötä on ollut vaikea kuvata tarkasti, mikä voi osaltaan selittää sitä, miksi tutkimuksissa yhteistyö on jäänyt niin käsitteelliseksi ilmiöksi. (Aira 2012.)

Organisaatioiden välinen yhteistyö voidaan nähdä joukkona kommunikatiivisia prosesseja, joissa yksilöt, jotka edustavat useita organisaatioita tai sidosryhmiä kytkeytyvät yhteen työskenneltäessä keskinäisessä riippuvuussuhteessa (Keyton ym. 2008). Kommunikatiivisissa prosesseissa on olemassa joukko rakenteita, jotka auttavat ohjaamaan tiedon kulkua, hallitsemaan yhteistyön syvyyttä sekä todentamaan yhteistyökumppaneiden kompleksista ja dynaamista työskentelyä. Yhteistyön prosesseista yhteinen päätöksenteko ja yhteinen hanke edustavat hallintoa ja hallinnollisten näkökohtien huomioonottamista yhteistyösuhteessa, jossa päätöksenteko ja vastuut on yhteisesti jaettu yhteistyökumppaneiden kesken. Muut prosessit heijastavat sitä miten sitoutuneita yhteistyökumppanit ovat jakamaan toisiaan täydentäviä resursseja sekä edistämään organisaatioiden välistä luottamusta että muuttamaan toimintatapoja ja menettelyjä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Bin 2010.) Yhteistyöllä yritetään ratkaista näitä kommunikatiivisten prosessien riippuvuussuhteen ongelmia, joita erillään toimivat organisaatiot tai yksittäiset asiantuntijat eivät yksin kykene ratkaisemaan tai heillä ei ole tarpeeksi toimivaltaa asian ratkaisuun (Keyton ym. 2008).

Aira (2012) näkee yhteistyön tavoitteellisena ja aktiivisena prosessina, joka edellyttää yhteisen tavoitteen olemassaoloa ja jossa molempien osapuolten panos on yhtä voimakas. Tavoitteet voivat olla julkilausuttuja ja määriteltyjä tai viittauksenomaisempia, ne voivat siis olla asiayhteydestä riippuen hyvin monenlaisia. Varsinkin työelämässä yhteistyö nähdään tavoitteellisena prosessina ja sitä kautta sillä on tuloksellisuuden odote. (Aira 2012.) Yhteistyön tuloksellisuutta ja onnistumista arvioi parhaiten yhteistyöhön osallistuneet tahot. Vain he pystyvät määrittämään onko yhteistyö saavuttanut sen mitä sen pitikin saavuttaa, onko se sujunut sujuvasti ja onko se ollut kohtuullisen tuottavaa kaikille

osapuolille. Yhteistyön tuloksiksi on kuvattu asetetun tavoitteen saavuttaminen, parantunut organisaatioiden välinen oppiminen ja lisääntynyt yhteistyökumppaneiden vuorovaikutus. (Bin 2010.)

Pelkät yhteistyörakenteet eivät vielä riitä takaamaan toimivaa yhteistyötä. Yhteistyö tapahtuu vuorovaikutussuhteissa, tiimeissä ja verkostoissa käydyssä vuorovaikutuksessa. Keskeistä on huomioida se, että mistä ikinä yhteistyössä onkaan kysymys, toimijat ovat aina ihmisiä. (Aira 2012.) Yhteistyöhön vaikuttaa täten kunkin osallistujan henkilökohtaiset ja heidän edustamiensa organisaatioiden arvot, ideat ja odotukset siitä mitä he yhteistyöltä haluavat ja minkälaisena he sen näkevät ja kokevat (Keyton ym. 2008). Voidaankin todeta, että organisaatioiden välinen yhteistyö on siis henkilöiden välistä kanssakäymistä. Tärkeää on tiedostaa, että yhteistyö ei tapahdu automaattisesti, vaan se on lopulta vapaavalintainen toimintatapa, jonka asianosaiset omalla toiminnallaan valitsevat tai jättävät valitsematta. (Aira 2012.)

Yhteistyön toimivuuden kannalta hyvin keskeinen ja jopa toimivan yhteistyön välttämättömänä edellytyksenä on todettu olevan luottamus yhteistyötahojen välillä (Aira 2012). Ensisijaisesti ihmiset luottavat yleensä niihin, jotka muistuttavat enemmän tai vähemmän heitä itseään ja toissijaisesti he oppivat luottamaan toiseen kokemuksen kautta, tällöin osapuolten ammattitaidon ja asiantuntemuksen merkitys luottamukselle korostuu (Bin 2010). Onnistunut yhteistyö vaatii aikaa ja yhteistyöosapuolten keskinäisten suhteiden kehittymistä (Keyton ym. 2008). Luottamus rakentuu siis pääasiallisesti ihmisten välisissä vuorovaikutussuhteissa myös tiimien ja verkostojen sisällä, joten näissä kohdattuja luottamushaasteita voidaan kartoittaa kahdenvälisen vuorovaikutussuhteen tasolla (Aira 2012). Tässä tutkimuksessa yhteistyö käsitetään tavoitteellisena prosessina, jossa olennaista on keskinäinen vuorovaikutus ja toisen asiantuntemuksen arvostaminen.

2.2. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö

”Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa. Erikoissairaanhoidolla taas tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja.” (Terveystieteiden ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2010.) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä yhteistyöstä haettiin tietoa systemaattisella

kirjallisuushaulla, joka tehtiin helmi- ja huhtikuun välisenä aikana 2019 kolmeen eri tietokantaan ja tämän lisäksi hakua täydennettiin käsihaulla. (Liite 1.) Kirjallisuushaulla löytyi 20 artikkelia, jotka käsittelivät niin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ongelmia kuin myös sitä, mitä hyvää eri hoitotahojen välisestä yhteistyön tiivistymisestä on seurannut.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä vaikeuttaviksi asioiksi on kuvattu muun muassa voimakkaat ammatilliset rajat, asenne, organisaatioiden erilaiset kulttuurit ja byrokraatit sekä taloudellisten kannustimien puute perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyölle (La Rocca & Hoholm 2017, Lyngsø ym. 2016, Mäenpää ym. 2012, Nguyen 2014, Salunen ym. 2013, Salunen 2016, Rattray ym. 2017, Vázquez ym. 2017). On todettu, että erikoissairaanhoidon ei aina arvosta perusterveydenhuollon roolia potilaan hoidossa (Nguyen ym. 2014, Salunen ym. 2013, Salunen 2016, Vázquez 2017). Terveystieteiden kilpailevat prioriteetit, kiristyneet resurssit sekä erilaiset säädökset ja akkreditointivaatimukset sekä voimasuhteiden epäoikeudenmukainen jakautuminen siten, että erikoissairaanhoidolla katsotaan olevan enemmän valtaa, ovat omalta osaltaan vaikeuttavat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä (La Rocca & Hoholm 2017, Nguyen ym. 2013, Salunen ym. 2013, Salunen 2016).

Yhtenä yleisenä ongelmana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on todettu heikko tiedonkulku (Hesselin ym. 2013, Kuusisto ym. 2014, La Rocca & Hoholm 2017, Nguyen ym. 2014, Rattray ym. 2017, Salunen ym. 2013, Salunen 2016, Sampson ym. 2015, & Vázquez ym. 2017). Tietosuojan on katsottu rajoittavan tiedonkulkua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (Nguyen ym. 2014, Salunen ym. 2013). Toisaalta sähköisen tiedonsiirron on todettu helpottavan informaation vaihtoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja vaikuttavan positiivisesti hoidon koordinointiin sekä edesauttavan organisaatioiden välistä yhteistyötä (Johnson ym. 2013, Kuusisto ym. 2014, La Rocca & Hoholm 2017, Mäenpää ym. 2012, Nguyen ym. 2014, Weijers ym. 2018). Toisaalta taas sähköisen tiedonsiirron on myös todettu aiheuttavan organisaatioiden välistä yhteistyön ongelmaa, liittyen muun muassa tietojärjestelmien yhteensopimattomuuteen sekä sähköiseen viestintään sinänsä (Johnson ym. 2013, La Rocca & Hoholm 2017, Nguyen ym. 2014, Salunen ym. 2013). Vaikka tietokonejärjestelmien myötä hoidon kirjaaminen on standardisoitunut, edelleen yhteistyön ongelmaksi todetaan myös erilaiset kirjauskäytännöt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (Johnson ym. 2013, La Rocca & Hoholm 2017, Nguyen ym. 2014, Rattray ym. 2017, Salunen ym. 2013). Lisäksi on myös huomattu, että tietokonejärjestelmien hyväksikäyttö ei välttämättä paranna kommunikointiprosessia

perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (Johnson ym. 2013, La Rocca & Hoholm 2017, Salunen ym. 2013).

Ongelmia on todettu myös eri hoitotahojen välillä siirtyvän tiedon laadussa. Tarkoituksenmukaisen ja ajantasaisen tiedon siirtyminen ja sen saaminen hoitavalle taholle on ollut ongelmallista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (La Rocca & Hoholm 2017, Nguyen ym. 2014, Salunen ym. 2013, Salunen 2016, Vázquez ym. 2017). Potilaan sairaalajaksosta tai tämän kotiuttamisesta ei välttämättä siirry tietoa perusterveydenhuollon puolelle (Nguyen ym. 2014). On myös todettu, että erikoissairaanhoidossa ei välttämättä pidetä tarpeeksi tärkeänä potilaan hoitotiedon jakamista seuraavalle hoitotaholle (La Rocca & Hoholm 2017, Rattray ym. 2017). Perusterveydenhuollossa tämä saattaa johtaa siihen, että potilaan jatkohoitoa joudutaan toteuttamaan huonolaatuisen tiedon pohjalta tai se on pelkästään lähete- ja palautetiedon varassa (Johnson ym. 2013, Rattray ym. 2017, Salunen ym. 2013). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen kommunikoinnin ongelmana on myös mainittu se, että organisaatioiden välillä ei välttämättä puhuta samaa kieltä. Erikoissairaanhoidossa informaatio keskittyy spesifisempään lääketieteelliseen näkökulmaan potilaan hoidossa, kun perusterveydenhuolto on kiinnostuneempi potilaan toimintakyvystä ja kuntoutuksesta sekä potilaan kokonaistilanteen arvioinnista. (La Rocca & Hoholm 2017, Lyngsø ym. 2016, Rattray ym. 2017, Salunen ym. 2013, Salunen 2016.) Myös henkilökunnan vaihtuminen niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin on nähty tiedonkulkua heikentävänä asiana (Rattray ym. 2017, Salunen ym. 2013, Salunen 2016).

Puutteet toisen työn ja toimintatapojen sekä toimintamahdollisuuksien tuntemisessa on myös katsottu osaltaan vaikeuttavan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä (La Rocca & Hoholm 2017, Nguyen ym. 2014, Salunen ym. 2013, Salunen 2016). Potilaat käyvät eri erikoisalojen seurannoissa tai hoidoissa erikoissairaanhoidon puolella, vaikka osa hoidoista pystyttäisiin toteuttamaan perusterveydenhuollossakin (Mäenpää ym. 2012, Vierula 2016). Toisaalta taas potilaiden nopeampi jatkohoitoon siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon puolelle on lisännyt yhteistyön ongelmallisuutta, sillä perusterveydenhuolto ei ole pystynyt reagoimaan yhtä nopeasti niin osaamisen parantamiseen kuin lisääntyneeseen palvelun tarpeeseenkaan (La Rocca & Hoholm 2017). Erikoissairaanhoidolla on todettu olevan epärealistisia odotuksia jatkohoidon toteuttamisesta perusterveydenhuollon puolella (La Rocca & Hoholm 2017, Nguyen ym. 2014). Lisäksi aikataulujen ja ajankäytön erilaisuuden on katsottu aiheuttavan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön välille ongelmia (Salunen ym. 2013, Vázquez ym. 2017).

Hoidon laatua ja jatkuvuutta on saatu parannettua, kun yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on tiivistynyt (Agius & Vishal 2011, Ensing ym. 2019, Hassink-Franke ym. 2016, Saillant ym. 2016, Vierula 2016, Uusitalo 2019, Weijers ym. 2018). Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä lisäämällä on saatu hyviä kokemuksia perusterveydenhuollon lääkäreiden ammattitaidon vahvistamisesta sekä hoidon laadun parantumisesta muun muassa ADHD ja mielenterveyspotilaiden kohdalla. Samalla on pystytty vähentämään näiden potilaiden siirtymistä erikoissairaanhoidon. (Agius & Vishal 2011, Hassink-Franke ym. 2016, Saillant ym. 2016.) Yhteistyön tiivistymisellä on saatu parannettua hoidon laatua myös lääkehoitoon liittyvien ongelmien kohdalla. Tämä on vähentänyt potilaan edestakaista liikkumista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Ensing ym. 2019.) Samoin vaikeasti sairaiden potilaiden kohdalla potilaan toistuvaan ja epätarkoituksenmukaiseen siirtelyyn näiden hoitotahojen välillä, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisellä yhteistyön tiivistämisellä on saatu potilaan loppuvaiheen hoito perusterveydenhuollossa sujumaan hyvin. Hoidon laatu ja jatkuvuus on parantunut samalla kun resursseja on saatu säästettyä. (Vierula 2016.)

Myös reumaa sairastavien hoidon laatua on saatu parannettua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön lisääntymisellä. Selkeät toimenkuvat ja vastuut eri organisaatioissa työskentelevien kesken on parantanut reumaa sairastavien sydän- ja verisuonisairauksien riskin kartoittamista. Yhteistyötä helpotti laboratoriotuloksien näkyminen kaikille hoitoon osallistuvilla sähköisessä järjestelmässä sekä perusterveydenhuollon saama taloudellinen kompensatio näytteen ottamisesta. (Weijers ym. 2018.) Lisäksi on todettu, että joidenkin kroonisten sairauksien hoitaminen perusterveydenhuoltovetoisesti, mutta tiiviissä yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa on todettu lisäävän hoidon kustannustehokkuutta ja potilastyytyväisyyttä (Price ym. 2014, Vierula 2016). Tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisellä yhteistyöllä tarkoitetaan eri organisaatioista tulevien asiantuntijoiden välistä yhteistyötä hoitoprosessien sujuvoittamiseksi.

2.3. Ketjulähettilätoiminta

Ketjulähettiläjakso tarkoittaa kunnan perusterveydenhuollon yksikössä työskentelevien työntekijöiden viikon mittaisia suunnitelmallisia oppimisperiodia sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidossa oman työnantajan kustannuksella (Salunen 2016). Perusterveydenhuollon työntekijät eli ketjulähetit

osallistuvat käytännön työhön ohjaajan opastuksella etukäteen suunnitellun ohjelman mukaisesti (Salunen ym. 2013).

Erikoissairaanhoidon yksiköt miettivät toimintojensa sisältöalueet, joihin ketjulähetit voivat jakson aikana tutustua ja kirjaavat ne ns. pizza -listaan. Perusterveydenhuollon työntekijät valitsevat pizzalistalta mieleisensä paikan, missä he haluavat ketjulähettijaksonsa tehdä ja oppimistavoitteitaan vastaavat sisällöt. Ketjulähettijakson sisällöt muotoutuvat pizzalistalla kuvailtujen aiheiden, ketjulähetin omien jaksotavoitteiden sekä tilannetekijöiden mukaan. Ketjulähettitoiminnan periaatteisiin kuuluu, että ketjulähettijakso kestää aina täyden viikon, toiminta on järjestelmällistä ja suunnitelmallista ja lisäksi toimintaa koordinoidaan keskitetysti sairaanhoitopiirissä olevan perusterveydenhuollon yksikön kautta. On siis huomioitavaa, että mitkä tahansa vierailut ja tutustumiskäynnit toisessa organisaatiossa eivät siis ole ketjulähettitoimintaa. Ketjulähettijakson ideana on, että tieto monistuu ketjulähettijakson aikana ja ketjulähettilä siirtää informaatiota erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Salunen ym. 2013, Salunen 2016.)

Ketjulähettijakson ennakko- ja palautekyselylomakkeiden postituksen ja vaitiolositoumuslomakkeiden täyttämisen tekee perusterveydenhuollon yksikkö. Lisäksi se myös pitää huolta muusta yhteydenpidosta ketjulähetin ja erikoissairaanhoidossa työskentelevien yhteyshenkilöiden kanssa. Ennakkokyselylomakkeessa kysytään muun muassa ketjulähetin omat jaksotavoitteet, jotka sitten toimitetaan ketjulähetin vastaanottavan yksikön yhteyshenkilölle. Jakson loputtua täytetään palautelomake, jonka palauttamisen jälkeen ketjulähettilä saa todistuksen suoritetusta jaksosta. (Salunen 2016.) Tässä tutkimuksessa ketjulähetillä ja ketjulähettijaksolla tarkoitetaan edellä kuvattua täydennyskoulutustoimintaa, joka nähdään yhtenä keinona parantaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä.

3. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata lääkäreiden ja muun terveydenhuoltohenkilökunnan näkökulmasta minkälaisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä yhteistyön ongelmia ilmeni ketjulähtetijakson aikana.

Tutkimuskysymys:

Mitä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön ongelmia ilmeni ketjulähtetijakson aikana?

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa ketjulähtetijakson aikana ilmenneistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisistä yhteistyön ongelmista, lääkäreiden ja muun terveydenhuoltohenkilökunnan näkökulmasta. Tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä.

4. Tutkimuksen toteuttaminen

4.1. Osallistujat

Tutkimukseen osallistuneet olivat vuosina 2008 - 2016 ketjulähetijakson käyneitä terveydenhuollon työntekijöitä, jotka vastasivat joko toiseen tai molempiin palautekyselylomakkeen kysymyksiin: ”Nousiko esiin ristiriitaisia toimintakäytäntöjä ketjulähetijakson yksikön ja oman terveyskeskuksesi välillä?” sekä ”Mitä terveyskeskuksesi ja ketjulähetijakson yksikön välisiä käytännön yhteistyökysymyksiä nousi esiin jakson aikana?” (Liite 2.) Ketjulähetijakson jälkeen 229 terveydenhuollon ammattilaista vastasi joko toiseen tai molempiin tutkimusaineistona toimineeseen kysymykseen.

Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot saatiin ketjulähetijakson ennakkokyselylomakkeista. (Liite 2.) Suurin osa (94,3%; n=216) osallistujista oli naisia. Osallistujien keski-ikä oli 42,5-vuotta, keskihajonnan ollessa 9,7-vuotta. 32,3% vastaajista olivat ammatiltaan sairaanhoitajia (n=74). Ne, jotka valitsivat ammatti kohdassa muu, olivat pääasiallisesti lähi- tai perushoitajia (32,3%; n=21) tai puheterapeutteja (18, 5%; n=12). Tässä kohdassa ilmoitettuja muita ammatteja olivat psykologi, fysioterapeutti ja röntgenhoitaja. 22,4% korkein suoritettu tutkinto oli sairaanhoitajan pätevyys (n=51). Korkeinta koulutustutkintoa kysyttäessä kohta muu sisälsi muun muassa hammashoitajan, fysioterapeutin, kuntohoitajan, psykologin ja vanhustyön erikoisammattitukinnon. Korkeinta koulutustutkintoa kysyttäessä kohtaan useampi kuin yksi vaihtoehto, osallistujat olivat ilmoittaneet esimerkiksi sairaanhoitaja ja erikoissairaanhoitaja, kätilö ja terveydenhoitaja tai perushoitaja ja sisätautikirurginen erikoissairaanhoitaja ja terveydenhoitaja. Suurin osa osallistujista oli työskennellyt terveydenhuoltoalalla ammatissaan 11–25-vuotta (45,6%; n=104). Erikoisala, missä ketjulähetijaksolla oltiin eniten oltu, oli psykiatria (21,4%; n=49). Erikoisala kohdassa muu, ketjulähetijakso oli käyty muun muassa korva-, nenä- ja kurkkutaudeilla, kehitysvammahuollossa tai ravitsemusterapian yksikössä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot.

Taustamuuttuja	n	%
Sukupuoli		
Nainen	216	94,3
Mies	13	5,7
Ikä		
≤ 36-vuotiaat	61	26,6
36-49-vuotiaat	99	43,2
≥ 50-vuotiaat	69	30,1
Ammatti		
Sairaanhoitaja	74	32,3
Terveystenhoitaja	56	24,5
Lääkäri	35	15,3
Muu	64	27,9
Korkein suoritettu tutkinto		
Lääkäri tai hammaslääkäri	34	14,9
Sairaanhoitaja	51	22,4
Terveystenhoitaja	42	18,4
Perus tai lähihoitaja	21	9,2
Erikoissairaanhoitaja	18	7,9
Korkeakoulututkinto	27	11,8
Muu	16	7,0
Useampi kuin yksi vaihtoehto	19	8,3
Työkokemus terveydenhuoltoalalla		
≤ 10-vuotta	86	37,7
11-25-vuotta	104	45,6
≥ 26-vuotta	38	16,7
Erikoisala, jossa ollut ketjulähtetijaksolla		
Psykiatria	49	21,4
Fysiatria ja kuntoutus	29	12,7
Naistentaudit ja synnytykset	21	9,2
Allergologia	20	8,7
Iho- ja sukupuolitaudit	19	8,3
Sisätaudit	19	8,3
Akuuttihoito	15	6,6
Kardiologia	13	5,7
Lastentaudit	10	4,4
Kuvantaminen	8	3,5
Keuhkosairaudet	6	2,6
Tuki- ja liikuntaelinkirurgia	6	2,6
Muu	14	6,3

4.2. Aineiston keruu

Aineisto kerättiin kyselytutkimuksella, vuosina 2008–2016, ketjulähtetijaksolla käyneiltä terveydenhuollon ammattilaisilta. Aineiston keräsi erään sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö, josta aineisto luovutettiin tutkijalle käyttöön tätä tutkimusta varten. Kyselylomakkeet oli lähetetty kaikille niille terveydenhuollon työntekijöille, jotka olivat käyneet ketjulähtetijaksolla. Kyselyihin vastaaminen oli osa koko ketjulähtetiprosessia. Ketjulähtetijakson jälkeen palautekyselylomakkeita palautti 290 jaksolla käynyttä terveydenhuollon ammattilaista. Näistä 229 vastasi joko toiseen tai molempiin tutkimusaineistona toimineeseen kysymykseen, vastausprosentin ollessa 79%.

Tässä tutkimuksessa aineiston siis muodosti ketjulähtetijaksolla käyneiden (n=229) vastaukset palautekyselylomakkeen avoimiin kysymyksiin: ”Nousiko esiin ristiriitaisia toimintakäytäntöjä ketjulähtetijakson yksikön ja oman terveystakeskuksesi välillä?” sekä ”Mitä terveystakeskuksesi ja ketjulähtetijakson yksikön välisiä käytännön yhteistyökysymyksiä nousi esiin jakson aikana?” (Liite 2.) Vastaajien taustamuuttujatiedot tulivat ketjulähtetijakson ennakkokyselylomakkeelta (Liite 2.), jotka perusterveydenhuollon yksikkö toimitti tutkijalle Excel -tiedostona.

4.3. Aineiston analysointi

Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä. Menetelmä soveltuu tekstiaineiston analysoimiseen hyvin, kun tutkittava aihe on monitahoinen ja pelkällä aineiston tutkimuskysymykseen vastaavien merkitysyksiköiden kvantifioinnilla menetettäisiin tulosten syvällisempi asiayhteys tutkittavaan ilmiöön. Analyysiin sisältyivät vaiheet: valmistautuminen, merkityksellisten ilmaisujen tunnistaminen, pelkistäminen ja koodaaminen, ryhmittely, luokittelu ja abstrahointi. (Elo & Kyngäs 2008, Kylmä & Juvakka 2014, Vaismoradi ym. 2013.) Merkityksellinen ilmaisu tässä tutkimuksessa oli sana tai lause, joka kuvasi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmaa.

Tutkimusaineisto oli sisällöltään hyvin tiivistä, avoimiin kysymyksiin oli vastattu useimmiten napakasti ja luettelonomaisesti. Valmistautumisvaiheessa tutkimusaineistoon tutustuttiin lukemalla aineisto moneen kertaan läpi. Aineistosta etsittiin sanoja ja niistä koostuvia ilmauksia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen (n=284). Jotkin merkitykselliset ilmaisut olivat sellaisessa muodossa, ettei niitä

tarvinnut juurikaan lisää enää pelkistää. Samalla, kun merkityksellisistä ilmaisuista muodostettiin pelkistyskiä niin, että niiden olennainen sisältö säilyisi, aloitettiin myös niiden koodaaminen.

Pelkistykset (n=223) ryhmiteltiin aineistolähtöisesti niiden sisällön samanlaisuuden perusteella. Syntyneet ryhmät nimettiin alaluokiksi. Aineiston analyysiin tutkija käytti pitkän ajanjakson, jotta aineiston analyysi sai rauhassa muotoutua. Muodostuneita ylä- ja alaluokkia vertailtiin useita kertoja keskenään ja niiden vastaavuutta alkuperäisiin ilmaisiin tarkasteltiin. Alkuperäisaineistoon palaamalla varmistettiin pelkistysten oikeellisuutta ja asiayhteyttä. Tarvittaessa luokkien nimiä myös muutettiin vastaamaan paremmin muodostuneen luokan sisältöä. Kaikki pelkistykset otettiin mukaan analyysiin. Alaluokat yhdistettiin yläluokiksi niiden sisällön samanlaisuuden perusteella. Analyysi eteni prosessinomaisesti vaiheittain.

Aineiston abstrahoinnissa pyrittiin pitämään koko ajan mielessä, ettei se tapahdu liian nopeasti ja samalla pohdittiin, miten pitkälle aineistoa kannatti ryhmitellä, jotta tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta tulosten informaatio ei katoaisi. Abstrahoinnin päätteeksi tutkimuskysymykseen saatiin vastaus. Induktiivisen sisällönanalyysin pohjalta tutkimusaineistosta muodostui yhteensä 43 alaluokkaa ja niistä edelleen yhdeksän yläluokkaa. Esimerkki analyysin etenemisestä alkuperäisilmaisuista pelkistyskiin ja niistä muodostuneisiin ala- ja yläluokkiin on yhden pääluokan osalta esitetty alla. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Esimerkki sisällön analyysin etenemisestä.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>"Tiedonkulku: pitäisi olla matala kynnys ottaa asioista selvää/konsultoida puolin ja toisin ottaa ennakkoluulottomasti + rohkeasti yhteyttä "</p> <p>"Tiedon kysymisen hankaluudet "</p>	<p>Tiedon kysymisen hankaluudet</p> <p>Korkea kynnys ottaa asioista selvää</p> <p>Korkea kynnys konsultoida puolin ja toisin</p> <p>Ei oteta rohkeasti yhteyttä</p> <p>Ei oteta ennakkoluulottomasti yhteyttä</p>	Vaikkeudet tiedon kysymisessä	Vaikkeudet informaation hankkimisessa
<p>"...ketä voisi konsultoida juuri esim. harhaluuloisen henkilön asioissa, kun välitöntä sairaalahoidon tarvetta ei ole.."</p> <p>"...Kenen puoleen käännytään kun tarvitaan konsultointi apua.."</p> <p>"Koska tulee konsultoida erikoislääkäreitä ja koska riittää tk lääkäri "</p> <p>"...epäselvyydet konsultaatioasioista"</p>	<p>Epäselvää ketä konsultoida harhaluuloisen henkilön asioista</p> <p>Epäselvää kenen puoleen käännytään, kun tarvitaan konsultointi apua</p> <p>Epäselvää koska tulee konsultoida terveyskeskuslääkäreitä</p> <p>Epäselvää koska tulee konsultoida erikoislääkäreitä</p>	Tietämättömyys siitä ketä konsultoida	
<p>"pitäisi olla enemmän yhteydessä toisiimme."</p> <p>"...konsultaatiot, omasta päästä pitäisi herkemmin konsultoida erikoissalan ihmisiä..."</p> <p>"yhteistyön ongelma kollegojen konsultointi "</p> <p>"...Lääkärit voisivat enemmän ottaa yhteyttä mm. lääkitykseen liittyvissä asioissa."</p> <p>"Potilaiden hoitolinja kaipaa enemmän erikoissairaanhoidon lääkärin kannanottoja parantumattomasti sairaan kohdalla."</p> <p>"Liian vähän käytetään hyödyksi poliklinikan konsultaatio mahdollisuutta "</p> <p>"yhteydenoton/konsultaation välttelemistä"</p>	<p>Liian vähäinen yhteydenpito</p> <p>Vähäinen kollegojen konsultointi</p> <p>Lääkärit eivät ota tarpeeksi yhteyttä lääkitykseen liittyvissä asioissa</p> <p>Potilaiden hoitolinja ei saa tarpeeksi erikoissairaanhoidon lääkärin kannanottoja</p> <p>Vältellään konsultoimista</p> <p>Vältellään yhteydenpitoa</p>	Vähäinen hoitotahojen keskinäinen kommunikointi	
<p>"Virheellisiä(vanhoja) puhelinnumeroita..."</p> <p>"ESH antaa potilaille väärän puhelinnumeron PTH:n ajanvarauksesta "</p> <p>"...yhteistietojen varsinkin puhelinnumeroiden puuttuminen "</p> <p>"Yhteystiedot puuttuvat"</p>	<p>Erikoissairaanhoidossa on vanhoja puhelinnumeroita perusterveydenhuoltoon</p> <p>Erikoissairaanhoidossa on virheellisiä puhelinnumeroita perusterveydenhuoltoon</p> <p>Erikoissairaanhoidosta annetaan väärä puhelinnumero perusterveydenhuoltoon</p> <p>Ongelmia puhelinnumeroissa</p>	Riittämättömät yhteystiedot	
<p>"... ongelman yhteydenpitotavat "</p> <p>"Yhteydenpito on välillä hankalaa, kun tk-lääkäreitä ei tavoita puh. "</p> <p>"...hankala välillä tavoittaa puhelimitse puolin ja toisin..."</p> <p>"Tiedonkulku -> miten saada yhteys puhelimitse, sähköisesti "</p>	<p>Ongelmia yhteydenpitotavoissa</p> <p>Hankala tavoittaa puhelimitse puolin ja toisin</p> <p>Ongelmia saada yhteyttä puhelimitse</p> <p>Ongelmia saada yhteyttä sähköisesti</p>	Yhteistyö tahojen tavoittamattomuus	

5. Tutkimustulokset

Ketjulähtetijakson aikana ilmeni erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisessä yhteistyössä ongelmia: **vaikeudet informaation hankkimisessa, informaation vajavaisuus potilaan hoidosta eri hoitotahoilla, potilastietojärjestelmät eivät tue hoidon jatkuvuutta, potilasdokumentoinnin erilaiset käytänteet, jäsentymätön työn allokointi potilasta hoitavien tahojen kesken, ei tunneta tarpeeksi verkostoa, jossa potilaan hoito tapahtuu, erot toiminnan luonteessa, hoidon jatkumattomuus hoitotahojen rajapinnoilla ja epäyhtenäiset hoitokäytännöt.** (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Ketjulähetijakson aikana ilmenneet yhteistyön ongelmat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

YLÄLUOKAT	ALALUOKAT
Vaikeudet informaation hankkimisessa	Vaikeudet tiedon kysymisessä
	Tietämättömyys siitä ketä konsultoida
	Vähäinen hoitotahojen keskinäinen kommunikointi
	Riittämättömät yhteystiedot
	Yhteistyö tahojen tavoittamattomuus
Informaation vajavaisuus potilaan hoidosta eri hoitotahoilla	Tieto ei kohdistu täsmällisesti
	Tieto ei liiku saumattomasti hoitotahojen välillä
	Tietosuoja rajoittaa tiedon kulkua
	Siirtyvä tieto on vaillinaista
	Siirtyvä tieto ei ole ajantasaista
Potilastietojärjestelmät eivät tue hoidon jatkuvuutta	Potilastietojärjestelmät ovat erilaisia
	Potilastietojärjestelmät ovat puutteellisia
Potilasdokumentoinnin erilaiset käytänteet	Lähetteet ovat jäsentymättömiä
	Lähetekäytännöt ovat epäselviä
	Palautekäytännöt ovat vajavaisia
Jäsentymätön työn allokointi potilasta hoitavien tahojen kesken	Päällekkäisyys hoidossa
	Epäselvä työnjako
	Epätietoisuus hoitovastuusta
Ei tunneta tarpeeksi potilaan hoitoverkoston	Hoitotahojen keskinäisen yhteistyön vähäisyys
	Tietämättömyys toisen hoitavan tahon asioista
	Tietämättömyys mitä, eri hoitotahoilla on mahdollista tehdä
	Tietämättömyys toisen hoitavan tahon resursseista
	Osaaminen vajavaista perusterveydenhuollossa
	Ristiriitaiset mahdollisuudet vastata hoidon haasteisiin
Erot toiminnan luonteessa	Budjetti paineet
	Aikataulujen erilaisuus
	Ajankäytön erilaisuus
	Työn päämäärän erilaisuus
Hoidon jatkumattomuus hoitotahojen rajapinnoilla	Epätietoisuus siitä, mihin potilaan hoito kuuluu
	Potilas ei ohjautu oikeaan paikkaan
	Tietämättömyys siitä, mihin potilas tulisi lähettää
	Potilassiirroissa ongelmia hoitavien tahojen kesken
	Hoidon jatkuvuus ei aina ole varmistettu
	Vajavaiset jatkohoito-ohjeet
	Epäselvyydet jatkohoidon toteuttamisessa
	Hoidon siirtymisen tuomat ongelmat toiselle hoitotaholle
Epäyhtenäiset hoitokäytännöt	Tutkimusprotokollat eivät ole yhtenäisiä
	Hoitoketjuissa on puutteita
	Potilasohjaus ei ole yhtenäistä
	Lääkehoidossa on epäselvyyksiä
	Hoitotahojen toiminta on ristiriitaista
	Hoitotyön toimintakäytännöt ovat ristiriitaisia
	Potilaan hoidon toimintakäytännöt ovat ristiriitaisia

5.1. Vaikeudet informaation hankkimisessa

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön ongelma, vaikeudet informaation hankkimisessa, ilmeni vaikeutena tiedon kysymisessä, tietämättömyytenä siitä, ketä tarvittaessa konsultoidaan, vähäisenä hoitotahojen keskinäisenä kommunikointina sekä riittämättöminä yhteystietoina ja yhteistyötahojen tavoittamattomuutena.

Vaikeudet tiedon kysymisessä

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä koettiin olevan hankaluuksia tiedon kysymisessä. Ketjulähetijaksolla olleet raportoivat muun muassa, että heillä oli korkea kynnys ottaa asioista selvää kysymällä. Ongelmana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön välillä oli myös korkea kynnys pyytää konsultointiapua puolin ja toisin. Ketjulähetijaksolla käyneet totesivat, etteivät he ottaneet rohkeasti ja ennakkoluulottomasti yhteyttä potilaan hoidon eri hoitotahoille perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

” Tiedonkulku: pitäisi olla matala kynnys ottaa asioista selvää/konsultoida puolin ja toisin ottaa ennakkoluulottomasti + rohkeasti yhteyttä ”

Tietämättömyys siitä, ketä konsultoida

Tietämättömyys siitä, ketä konsultoida potilaan hoidon niin vaatiessa ilmeni perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön välisenä ongelmana siten, että ketjulähetijaksolla käyneet kertoivat, ettei heille ollut selvää, kenen puoleen käännytään, kun tarvitaan konsultointiapua. Esimerkiksi ketjulähetit raportoivat, että heille oli epäselvää ketä konsultoida harhaluuloisen henkilön asioista, kun välittömän sairaalahoidon tarvetta ei välttämättä ollut. Aina ei myöskään ollut selvää, milloin potilaan hoidosta tulisi konsultoida terveyskeskuslääkärinä ja milloin erikoislääkärinä. Epäselvyydet konsultointiasioissa nähtiin yhtenä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmana.

”...Kenen puoleen käännytään kun tarvitaan konsultointi apua ...”

” Koska tulee konsultoida erikoislääkärinä ja koska riittää tk lääkäri ”

Vähäinen hoitotahojen keskinäinen kommunikointi

Vähäinen hoitotahojen keskinäinen kommunikointi näyttäytyi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä liian vähäisenä yhteydenpitona ja konsultoimisena sekä näiden välttelemisenä. Ketjulähetit kertoivat, että lääkärit eivät ottaneet tarpeeksi yhteyttä potilaiden lääkitykseen liittyvissä asioissa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vähäinen hoitotahojen keskinäinen kommunikointi näkyi myös parantumattomasti sairaiden potilaiden kohdalla. Ketjulähetijaksolla olleiden mukaan heidän hoitolinja ei saanut tarpeeksi erikoissairaanhoidon lääkärin kannanottoja. Osallistujat raportoivat myös, että perusterveydenhuollossa hyödynnetään liian vähän potilaan hoidossa erikoissairaanhoidon poliklinikan konsultointimahdollisuutta.

”Potilaiden hoitolinja kaipaa enemmän erikoissairaanhoidon lääkärin kannanottoja parantumattomasti sairaan kohdalla.”

”Liian vähän käytetään hyödyksi poliklinikan konsultaatio mahdollisuutta...”

Riittämättömät yhteystiedot

Riittämättömät yhteystiedot hankaloittivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä, sillä erikoissairaanhoidossa oli vääriä, vanhoja ja virheellisiä puhelinnumeroita perusterveydenhuoltoon. Esimerkiksi ketjulähetijaksolla olleet raportoivat, että erikoissairaanhoidosta oli annettu väärä puhelinnumero perusterveydenhuoltoon. Lisäksi osallistujat myös ilmoittivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä puuttui niin yhteystietoja kuin puhelinnumeroitakin potilaan eri hoitotahoille.

”...Virheellisiä(vanhoja) puhelinnumeroita ...”

”...yhteistietojen varsinkin puhelinnumeroiden puuttuminen...”

Yhteistyötahojen tavoittamattomuus

Yhteistyötahojen tavoittamattomuus tarkoitti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ongelmia yhteydenpitotavoissa ja hankaluutta tavoittaa eri hoitotahoja puhelimitse puolin ja toisin.

Ketjulähetit myös kertoivat, että heillä oli ongelmia saada yhteyttä niin puhelimitse kuin sähköisestikin toiseen hoitavaan tahoon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

” Yhteydenpito on välillä hankalaa, kun tk-lääkäreitä ei tavoita per puh.”

” Tiedonkulku -> miten saada yhteys puhelimella, sähköisesti ”

5.2. Informaation vajavaisuus potilaan hoidosta eri hoitotahoilla

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisenä yhteistyön ongelmana informaation vajavaisuus potilaan hoidosta eri hoitotahoilla ilmeni siten, että tieto ei kohdistunut täsmällisesti, eikä se liikkunut saumattomasti eri hoitotahojen välillä. Ketjulähetit myös kokivat, että tietosuoja rajoitti tiedon kulkua. Lisäksi ketjulähettijaksolle osallistuneet totesivat, että heidän potilaasta saamansa siirtyvä tieto muilta hoitotahoilta oli ajoittain puutteellista, eikä se aina ollut yhdenmukaista ja ajantasaista.

Tieto ei kohdistu täsmällisesti

Tieto ei kohdistu täsmällisesti ilmeni siten, että potilaan hoidosta erikoissairaanhoidossa hoitohenkilökunnan tekemät hoitopalautteet eivät aina tulleet luettavaksi sairaanhoitajille perusterveydenhuoltoon. Lisäksi perusterveydenhuollon puheterapeutti ei välttämättä saanut, tietoa siitä, että erikoissairaanhoidon hoitopalautteessa oli suositeltu puheterapian aloittamista. Vastaajat myös raportoivat, että erikoissairaanhoidon epikriisit eivät aina tulleet terveystieteiden keskukseseen tai muulle lähettävälle taholle, kuten opiskelijaterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmana ketjulähettijaksolla olleiden mukaan oli myös se, että aina ei myöskään heidän omat lausuntonsa välittyneet erikoissairaanhoidon.

”...epikriisit ei tule terveystieteiden keskukseseen...”

”...Omat lausunnot eivät välttämättä välity Erikoissairaanhoidon päin.”

Tieto ei liiku saumattomasti hoitotahojen välillä

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ongelmana oli, että tieto ei liiku saumattomasti hoitotahojen välillä sähköisesti eikä paperipostitse. Ketjulähtetijaksolla olleet kertoivat, että ongelmana oli myös sähköisten lähetteiden ja postitse kulkevien liitteiden kohtaamattomuus. Tiedon kulku yleensäkin sekä tiedon siirtyminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä koettiin hankalana. Vastaajat raportoivat tiedon kulun ongelmista esimerkiksi erikoissairaanhoidon sairaalan ja avohoitoyksikön välillä. Ketjulähtetijaksoon osallistuneet kokivat, ettei tiedon kulku ollut saumatonta eikä optimoitua eri hoitotahojen välillä. Muun muassa raportoitiin, ettei potilaiden haavan hoitohistoria aina siirtynyt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmana todettiin myös se, että perusterveydenhuolto ei aina nähnyt potilaiden käyntitekstejä erikoissairaanhoidon akuutin tapahtuman jälkeen, eikä aina myöskään silloin, kun potilas oli käynyt erikoissairaanhoidon kontrollikäynnillä.

”Lähinnä se, että emme näe potilaiden käyntitekstejä, kun ovat olleet esim. kontrollikäynneillä tai kun on ollut akuutti tapahtuma.”

”...sähköisten lähetteiden ja postitse kulkevien liitteiden kohtaamattomuus. Miten kasvukäyrät, sokeriseuranta lomakkeet saisi lähetettyä...”

Tietosuoja rajoittaa tiedon kulkua

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ketjulähetit myös kokivat, että tietosuoja rajoitti tiedon kulkua.

”tiedonkulku voi jäädä joskus välillä (esim. varmasti tietosuojankin vuoksi -> ei saisi kuitenkaan jarruttaa asioiden kulkua ”

Siirtyvä tieto on vaillinaista

Ketjulähtetijaksolla olleiden mukaan potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tiedon saanti ei aina ollut perusteellista ja yhtenevää suullisesti eikä myöskään paperilla. Ketjulähetit raportoivat, että siirtyvän tiedon vaillinaisuus näkyi muun muassa epäselvyyksinä kirjaamisissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Vastaajat kokivat

lisäksi epävarmuutta siitä, onko samat potilaan hoitoon liittyvät termit käytössä niin erikoissairaanhoidossa kuin terveyskeskuksissakin. Ketjulähtetijaksolla olleet myös kokivat, ettei erikoissairaanhoidossa aina tiedetty kuinka laajasti tarvittavia tietoja perusterveydenhuoltoon tulisi lähettää.

”...että, potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterv.hoittoon tiedon saanti olisi perusteellista ja yhtenevää niin suullisesti kuin paperilla.”

”...onko samat termit käytössä erikoissairaanhoidossa ja tk:ssa,”

Siirtyvä tieto ei ole ajantasaista

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ongelmana oli lisäksi, että siirtyvä tieto ei ole ajantasaista. Ketjulähtetit raportoivat muun muassa, että lähettävän yksikön hoitajan tiedotteet ja potilaan lääkelistat eivät aina olleet ajantasaisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Osallistujat myös kertoivat lisäksi, että potilaan hoitoa koskeva ajankohtainen tieto ei aina tullut perusterveydenhuoltoon ajoissa.

” Lähettävän yksikön hoitajan tiedotteet-läkelistat (ajantasaiksi)... ”

” Ajankohtaisen tiedon saaminen perusterveydenhuoltoon ajoissa... ”

5.3. Potilastietojärjestelmät eivät tue hoidon jatkuvuutta

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön ongelmaksi ketjulähtetijaksolle osallistuneet raportoivat myös sen, että potilastietojärjestelmät eivät tue hoidon jatkuvuutta. Tämä ilmeni ketjulähtetien mukaan siten, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä potilastietojärjestelmät olivat erilaisia ja ne koettiin puutteellisina.

Potilastietojärjestelmät ovat erilaisia

Potilastietojärjestelmien erilaisuus aiheutti ongelmia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön välillä. Ketjulähtetijaksolla olleet raportoivat erilaisten tietokonejärjestelmien aiheuttaneen

ristiriitaisia toimintakäytäntöjä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi ketjulähetit totesivat, että ongelma perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli yhteisen potilastietojärjestelmän puuttuminen.

”... eri potilastietojärjestelmät->... hankala perehtyä taustatietoihin, vaikea löytää asiat ym. ”

Potilastietojärjestelmät ovat puutteellisia

Potilastietojärjestelmät ovat puutteellisia ilmeni tietoteknisinä ongelmina perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ketjulähettijaksolla olleet raportoivat lausuntojen ja kuvasiirtojen puuttuneen johtuen tietoteknisistä syistä potilaan toiselta hoitotaholta. ATK-järjestelmiä ei koettu käytännöllisinä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Osallistujat myös raportoivat, ettei heillä ollut mahdollista lähettää esimerkiksi epikriisiä sähköisesti jatkohoitopaikkaan, eikä heillä myöskään ollut mahdollisuutta sähköiseen hoitopalauteeseen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisenä yhteistyön ongelmana koettiin myös se, että kasvukäyriä ja sokeriseurantalomakkeita ei voinut liittää sähköisesti läheteisiin.

” sähköisten läheteiden ja postitse kulkevien liitteiden kohtaamattomuus. Miten kasvukäyrät, sokeriseuranta lomakkeet saisi lähetettyä sähköisesti läheteisiin.”

5.4. Potilasdokumentoinnin erilaiset käytänteet

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön ongelma potilasdokumentoinnin erilaiset käytänteet ilmenivät jäsentymättöminä läheteinä ja lähetekäytäntöjen epäselvyyksinä sekä palautekäytäntöjen vajavaisuuksina.

Lähteet ovat jäsentymättömiä

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ongelmana oli epäselvyydet läheteen rakenteessa. Ketjulähettijaksolla olleet raportoivat, että välillä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli epäselvyyttä läheteiden asiasisällöistä ja siitä, mitä läheteistä oikein pitää löytyä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä ongelmana

todettiin myös läheteiden jäsentymättömyys. Ketjulähetysten mukaan jäsentymättömyys ilmeni muun muassa siten, että läheteet eivät aina olleet hyvin ja kattavasti tehtyjä. Osallistujat raportoivat yhteistyön ongelmaksi esimerkiksi sen, että röntgenläheteissä ei aina koettu olevan hyvä kysymyksen asettelu. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä läheteet eivät aina olleet vastaajien mukaan myöskään tarkoituksenmukaisia ja ne kaipasivat tarkennuksia.

”Lähetteisiin tarkennuksia”

”Lähinnä läheteasiat, mm. mitä lähetteistä pitäisi löytyä”

Lähetekäytännöt ovat epäselviä

Lähetekäytännöt ovat epäselviä ilmeni perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä välillä ristiriitaisina ja epäselvinä lähetekäytäntöinä. Ketjulähetijaksolle osallistuneet raportoivat, että lähetekäytäntöjen epäselvyydet ilmenivät muun muassa läheteiden oikein kohdentamisessa, siirtämisessä ja käsittelyssä sekä niiden lähettämisessä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ongelmaksi koettiin myös läheteiden kasautuminen lukuvuoden loppuun. Lisäksi lähetepalautteet eivät aina menneet oikeaan paikkaan. Ketjulähetijaksolle osallistuneet muun muassa raportoivat, että heille oli epäselvää, kuinka ilmoittaa alkoholia käyttävät äidit erikoissairaanhoidon äidin kieltäessä alkoholin käytön.

”Läheteiden kasautuminen lukuvuoden loppuun, ”turhat” kiireelliset läheteet (pitää käsitellä heti), Lähete palautteet eivät mene oikeaan paikkaan.”

Palautekäytännöt ovat vajavaisia

Palautekäytäntöjen vajavaisuus näyttäytyi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ongelmana muun muassa epäselvyyksinä epikriisiasioissa. Ketjulähetit raportoivat esimerkiksi, että hoitopalautteet ja lasten epikriisit olivat välillä vaikealukuisia ja niistä puuttui asioita. Vastaajat myös totesivat, että epikriiseistä puuttui välillä lääkärin yksilöllinen ohjeistus. Lisäksi epäselvyyksiä todettiin olevan epikriisien lähettämisessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

”...miksi hoitopalautteet ja lasten epikriisit ovat välillä kovin vaikealukuisia ja niistä puuttuu usein asioita.”

5.5. Jäsentymätön työn allokointi potilasta hoitavien tahojen kesken

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön ongelma jäsentymätön työn allokointi potilasta hoitavien tahojen kesken ilmeni hoidon päällekkäisyytenä sekä epäselvänä työnjakona. Ketjulähtetijaksolla olleiden mukaan jäsentymättömään työn allokointiin potilasta hoitavien tahojen kesken liittyi myös epätietoisuus hoitovastuusta.

Päällekkäisyys hoidossa

Ketjulähtetien mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ongelmana koettiin siirtyvien potilaiden päällekkäinen hoito sekä päällekkäisyys eri hoitotahojen toiminnassa. Ketjulähtetijaksolla olleet raportoivat muun muassa, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä hoidon päällekkäisyyttä oli paljon. Lisäksi osallistujat myös totesivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä potilaan hoidossa ei aina oltu sovittu mitä tehdään ja missä se tehdään.

”...päällekkäisyyttä toimissa, miten työtä voisi jatkossa jakaa hyödyllisemmin siten, että välttyään päällekkäisyydet ja sovitaan siitä, kuka tekee ja mitä ja missä?”

Epäselvä työnjako

Epäselvään työnjakoon liittyi epäselvyydet perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä työnjaossa koskien potilaan hoitoa. Ketjulähtetijaksolle osallistuneet raportoivat muun muassa siitä, että astma-, allergia- ja kasteluongelmaisten lasten hoidon työnjaossa oli epäselvyyksiä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Epäselvä työnjako ilmeni perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä myös siten, että ketjulähtetien mukaan välillä oli epäselvyyttä siitä kuka potilaan hoidon eri asioita hoitaa.

”No me aatellaan et kun ne tulee tänne osastojaksolle niin te hoidatte”z”No me aatellaan et neuvola hoitaa ”

Epätietoisuus hoitovastuusta

Ketjulähetit raportoivat myös, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli epäselvyyksiä potilaan hoitovastuusta. Ketjulähtetijaksolle osallistuneet kertoivat lisäksi epäselvyyksistä hoitovastuutuasioissa, jotka ilmenivät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä.

”...milloin vastuutetaan erikoissairaanhoido->milloin perusterveydenhuolto...”

5.6. Ei tunneta tarpeeksi potilaan hoitoverkostoa

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön ongelma, ei tunneta tarpeeksi potilaan hoitoverkostoa, ilmeni hoitotahojen keskinäisen yhteistyön vähäisyytenä, tietämättömyytenä toisen hoitavan tahon asioista ja siitä mitä eri hoitotahoilla on mahdollista tehdä. Myös tietämättömyys toisen hoitavan tahon resursseista ja osaamisen vajavaisuus perusterveydenhuollossa sekä ristiriitaiset mahdollisuudet vastata hoidon haasteisiin eri hoitotahoilla katsottiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmiksi.

Hoitotahojen keskinäisen yhteistyön vähäisyys

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön yhtenä ongelmana oli liian vähäinen keskinäinen yhteistyö. Ketjulähetit raportoivat liian vähäisestä yhteistyöstä myös erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välillä sekä päihdehuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Vastaajat totesivat lisäksi, että yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei kehitetä tarpeeksi potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon parantamiseksi. Ketjulähtetijaksolla olleet esimerkiksi kokivat, että perusterveydenhuollon edustajia ei oteta kunnolla mukaan paikallisia hoitokäytäntöjä suunniteltaessa. Ketjulähetit myös raportoivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli ongelmia myös hoitoneuvotteluihin kutumisessa.

”Yhteistyötä päihdehuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ongelmallista.”

”...Yhteistyötä olisi lisättävä huomattavasti...”

Tietämättömyys toisen hoitavan tahon asioista

Tietämättömyys toisen hoitavan tahon asioista ilmeni siten, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei tiedetty tarpeeksi toisen työstä, toiminnasta, käytännöistä eikä toisen hoitotahon osaamisesta. Ketjulähettijaksolla olleet totesivat, että erikoissairaanhoidossa ei tunnettu käytäntöjä ruohonjuuritasolla eikä sairaala aina tiennyt miten asiat hoidetaan terveyskeskuksessa. Vastaajat raportoivat esimerkiksi, etteivät he tunteneet potilaan eri hoitotahojen työtä kunnolla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi ketjulähetit muun muassa raportoivat, ettei erikoissairaanhoido kunnolla tuntenut terveyskeskuksen keuhkohoitajan työnkuvaa.

”Enemmän meidän pitäisi tietää toistemme toiminnasta.”

”...ei ole helppoa muistaa suuressa maailmassa terveyskeskuksen vuodeosastopaikkoja tai tuntea käytäntöjä ruohonjuuritasolla.”

Tietämättömyys mitä, eri hoitotahoilla on mahdollista tehdä

Tietämättömyys siitä, mitä eri hoitotahoilla on mahdollista tehdä, ilmeni perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä epäselvyytenä siinä, mitä potilaita pystytään hoitamaan missäkin hoitotaholla. Ketjulähetit raportoivat, että yhteistyön ongelmana oli joidenkin toimenpiteiden lähettäminen erikoissairaanhoidoon, vaikka ne voitaisiin hyvin tehdä myös perusterveydenhuollon puolella. Lisäksi vastaajat ilmoittivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on virheellisiä käsityksiä siitä, minkälaisia toimenpiteitä eri hoitotahojen toimipisteissä pystytään tekemään.

”... jotkut pienet toimenpiteet voitaisiin tehdä tk:ssa, mutta lähetetään XXX, vaikka siellä ei asialle tehdä enempää...”

Tietämättömyys toisen hoitavan tahon resursseista

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ongelmana oli tietämättömyys toisen hoitotahon resursseista. Ketjulähettijaksolla olleet raportoivat ristiriitaisista toimintakäytännöistä johtuen perusterveydenhuollon rajallisista resursseista. Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä ilmoitettiin olevan muun muassa siksi, ettei perusterveydenhuollon puolella aina ollut käytettävissä esimerkiksi nielemisen kuvantamismenetelmää. Ketjulähetit totesivat myös, että resurssipula

perusterveydenhuollossa vaikutti erikoissairaanhoidosta palautuvan potilaan jatkohoidon toteutukseen.

”...ei tiedetä toisten resursseista,...”

”...kaikkein ei ole perus tk:ssa reursseja...”

Osaaminen vajavaista perusterveydenhuollossa

Osaamisen vajavaisuus perusterveydenhuollossa ilmeni ketjulähtijäksellä olleiden mukaan siten, ettei osaamisen katsottu olevan tarpeeksi vahvaa perusterveydenhuollossa.

” Osaamisen vahvistaminen PTH:ssa, jonne tarvittaisiin avopuolelle sydänhoitajat. (kuten on mm. diabeteshoitajat)”

Ristiriitaiset mahdollisuudet vastata hoidon haasteisiin

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ristiriitaiset mahdollisuudet vastata hoidon haasteisiin eri hoitotahoilla ilmeni ristiriitaisina toimintakäytäntöinä näiden organisaatioiden välillä. Ketjulähtijät muun muassa raportoivat ristiriitaisista toimintakäytännöistä muun muassa konfliktitilanteiden hoidossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Perusterveydenhuollossa useat konfliktitilanteet olisivat hoituneet neuvottelemalla. Lisäksi ketjulähtijäksellä olleet totesivat, että toimintakäytäntöjen ristiriitaisuuksia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli myös esimerkiksi pakkotoimenpiteiden käytössä sekä akuuttien hoitojen mahdollisuuksissa.

”...ristiriitaisia toimintakäytäntöjä kyllä, useat konfliktitilanteet olisivat hoituneet neuvottelemalla...”

”...pakkotoimenpiteitä ei meillä voi käyttää...”

5.7. Erot toiminnan luonteessa

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön erot toiminnan luonteessa ilmenivät budjettipaineina, aikataulujen erilaisuutena ja ajankäytön erilaisuutena. Lisäksi ketjulähtijäksellä olleiden mukaan työn päämäärän koettiin olevan erilainen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Budjettipaineet

Ketjulähtijät raportoivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdeksi yhteistyön ongelmaksi tiukat budjettipaineet niin perusterveydenhuollossa, kun erikoissairaanhoidossakin. Vastaajat totesivat, että perusterveydenhuollon kustannustehokkuuspaineet aiheuttivat ristiriitaisia toimintakäytäntöjä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille. Muun muassa paine tarvikkeiden säästämiseen perusterveydenhuollossa aiheutti ketjulähtijäksellä olleiden mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ristiriitaisia toimintakäytäntöjä.

”...ristiriitaisia toimintoja, kyllä tarvikkeiden säästäminen...”

”...perusterveydenhuolto joutuu pohtimaan kustannustehokkuutta,...”

Aikataulujen erilaisuus

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli keskinäisiä aikatauluongelmia ja aikataulujen yhteen sovittamisen ongelmia. Ketjulähtijäksellä olleet raportoivat muun muassa pitkistä jonotusajoista erikoissairaanhoidon poliklinikoille. Lisäksi koettiin esimerkiksi, että tieto erikoissairaanhoidon palaverista, joihin toivotaan perusterveydenhuollon edustajan osallistuvan, tulee perustasolle liian lyhyellä varoitusajalla.

” Aikataulun yhteensovittamisen ongelmat, tieto palaverista mihin toivotaan mukaan tulee perustasolle usein liian lyhyellä varoitusajalla. ”

Ajankäytön erilaisuus

Ajankäytön erilaisuus ilmeni ristiriitaisina toimintakäytäntöinä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Ketjulähetit raportoivat muun muassa ristiriitaisista toimintakäytännöistä johtuen ajankäytön erilaisuudesta perusterveydenhuollon vastaanotolla verrattuna erikoissairaanhoidon vastaanottoon. Perusterveydenhuollossa vastaanotolla aikaa todettiin olevan vähemmän potilaalle, kun erikoissairaanhoidossa. Lisäksi ketjulähetijaksolla olleet kokivat myös, ettei asiantuntijoilla aina ole aikaa suoriin konsultaatioihin potilaiden erityiskysymyksissä.

”...ristiriitaisia toimintakäytäntöjä, kyllä, ajan käyttö vastaanotolla...”

”...perusterveydenhuollossa aikaa on vähemmän...”

Työn päämäärän erilaisuus

Työn päämäärän erilaisuus ilmeni siten, että ketjulähetit totesivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työn päämäärä on erilainen. Tämän koettiin aiheuttavan ristiriitaisia toimintakäytäntöjä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille.

”...työn päämäärä on hieman eri, joten käytännöt ovat myös erilaisia...”

5.8. Hoidon jatkumattomuus hoitotahojen rajapinnoilla

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmana hoidon jatkumattomuus hoitotahojen rajapinnoilla ilmeni epätietoisuutena siitä, mihin potilaan hoito kuuluu sekä tietämättömyytenä siitä, mihin potilas tulisi lähettää. Lisäksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ongelmana oli se, ettei potilas ohjautunut oikeaan paikkaan organisaatioiden välillä. Potilassiirroissa oli ongelmia hoitavien tahojen kesken ja lisäksi potilaan hoidon jatkuvuus ei aina ollut varmistettu. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmia olivat myös vajavaiset jatkohoito-ohjeet, epäselvyydet jatkohoidon toteuttamisessa sekä hoidon siirtymisen tuomat ongelmat toiselle hoitotaholle.

Epätietoisuus siitä, mihin potilaan hoito kuuluu

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksi yhteistyön ongelma oli hoitotahojen epätietoisuus siitä, mihin potilaan hoito kuuluu. Ketjulähetit raportoivat esimerkiksi epäselvyyksistä siinä, millaiset asiakkaat kuuluvat erikoissairaanhoidon ja keitä sinne tulisi lähettää. Lisäksi todettiin, ettei aina myöskään ollut selvää mitkä potilaat voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa.

”...millaiset asiakkaat kuuluvat perusterveydenhuoltoon, millaiset erikoissairaanhoidon...”

Potilas ei ohjaudu oikeaan paikkaan

Potilas ei ohjaudu oikeaan paikkaan sisälsi epäselvyydet potilaan ohjautumisessa erikoissairaanhoidon silmä- ja korvalähetteellä sekä epäselvyydet potilaan ohjautumisessa intensiivikuntoutukseen. Lisäksi ketjulähetijaksolla olleet kokivat, että esimerkiksi sukupuolitaudit ohjautuvat väärin paikkoihin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Epäselvyyksiä oli myös siinä, missä polikliininen psykogeriatrinen toiminta tapahtuu ja mihin tulisi ohjata harhaluuloinen ikäihminen. Ketjulähetit kokivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä potilas ei aina ohjaudu oikeaan paikkaan saamaan tarvitsemaansa hoitoa. Epäselvyyksiä ilmeni myös potilaan hoidon ohjautumisessa yöaikaan, kun perusterveydenhuollon oma päivystys oli kiinni.

”yhteistyön ongelmana sukupuolitautilien väärin paikkoihin ohjautuvuus..”

” Miten asiakkaat ohjautuvat intensiivikuntoutukseen ”

Tietämättömyys siitä, mihin potilas tulisi lähettää

Tietämättömyys siitä, mihin potilas tulisi lähettää ilmeni ketjulähetijaksolla olleiden mukaan epäselvyyksinä muun muassa siinä mihin AdHd -lapset lähetetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Erikoissairaanhoidolla koettiin olevan ongelmia siinä mihin potilas tulisi lähettää tämän siirtyessä perusterveydenhuollon puolelle. Lisäksi ketjulähetit myös totesivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ongelman on se, että erikoissairaanhoido lähettää potilaita perusterveydenhuoltoon omalääkärille, vaikkei sellaista olisikaan.

”...omalääkärille lähetys(kun sellaista ei ole) voi jäädä potilaalle hepreaksi.”

Potilassiirroissa ongelmia hoitavien tahojen kesken

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli potilassiirroissa epäselvyyksiä hoitavien tahojen kesken. Ketjulähettijaksolla olleiden mukaan epäselvyyksiä todettiin esimerkiksi olevan vaikeasti hoidettavien potilaiden siirrossa terveystieteiden keskuksen vuodeosastolle ennen viikonloppua ja ennen pyhiä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ongelmia ketjulähetit totesivat olevan potilaiden siirroissa niin erikoissairaanhoidosta lähtiessä hoitoon perusterveydenhuollon puolelle kuin perusterveydenhuollosta potilaiden lähtiessä hoitoon erikoissairaanhoidon.

”...yhteistyön kysymyksiä pot. lähteminen tk:sta hoitoon XXXiin...”

” yhteistyön kysymyksiä vaikeasti hoidettavien siirto terveystieteiden keskuksen hoitoon viikonloppuja tai pyhiä ennen.”

Hoidon jatkuvuus ei aina ole varmistettu

Hoidon jatkuvuus ei aina ole varmistettu ilmeni ketjulähettijaksolle osallistuneiden mukaan niin, että hoitotahojen välillä siirtyvien potilaiden jatkohoito ei aina ollut varmistettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ketjulähetit raportoivat ongelmana olevan muun muassa potilaiden ”katoaminen” heidän lähdettyään erikoissairaanhoidosta. Ketjulähettijaksolla olleet myös totesivat, että potilaan hoidon jatkuvuus ei aina ollut taattu eikä siihen aina oltu panostettu hänen siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

”...minne potilaat ”katoavat” erikoissairaanhoidosta lähdettyään...”

” Erikoissairaanhoidosta terv.keskukseen, hoidon jatkuvuus täytyisi taata,... siihen täytyy myös panostaa”

Vajavaiset jatkohoito-ohjeet

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön välillä ongelmana oli myös vajavaiset jatkohoito-ohjeet. Ketjulähetit raportoivat muun muassa, että kirjalliset jatkohoito-ohjeet eivät aina olleet riittäviä potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Ketjulähettijaksolla olleet totesivat myös, että potilas ei aina saanut kirjallisia hoito-ohjeita erikoissairaanhoidon

poliklinikkakäynniltä. Ketjulähetit lisäksi kokivat myös, että perusterveydenhuollossa ei aina ole riittävästi ohjeistusta esimerkiksi jalkojenhoidosta.

” Kirjallisten jatkohoito-ohjeiden riittävydestä keskusteltiin...”

Epäselvyydet jatkohoidon toteuttamisessa

Epäselvyydet jatkohoidon toteuttamisessa ilmeni ristiriitaisina toimintakäytäntöinä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ketjulähetijaksolla olleet kokivat, ettei jatkohoidosta ole aina riittävästi tietoa. Lisäksi todettiin, että ristiriitaisia toimintakäytäntöjä ilmeni perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä muun muassa aikuisneurologisten potilaiden kuntoutuksessa perustasolla. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä jatkohoitoon siirtyvien potilaiden hoidon jatkuvuus ei aina ollut laadukasta. Epäselvyyksiä todettiin ilmenevän esimerkiksi kuntoutuksessa ja kuntoutuksen toimintatavoissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi ketjulähetijaksolla olleet raportoivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ongelmista jatkohoito-ohjeiden noudattamisessa perusterveydenhuollon puolella.

”...ei riittävästi tietoa omalla osastolla jatkohoidosta...”

Hoidon siirtymisen tuomat ongelmat toiselle hoitotaholle

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli ongelmana myös hoidon siirtymisen tuomat ongelmat toiselle hoitotaholle. Ketjulähetit raportoivat muun muassa epäselvyyksistä siinä, mitä pitäisi tehdä, kun hoito erikoissairaanhoidosta palautui perusterveydenhuollon puolelle. Ketjulähetijaksolla olleet myös totesivat, että perusterveydenhuollon puolella oli ongelmia siinä mitä pitäisi tehdä, kun potilaan hoito erikoissairaanhoidossa päättyy. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli epäselvyyksiä esimerkiksi potilaan kotiutuessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenpuolelle sekä laitoshoidon purkamisessa. Ketjulähetit myös totesivat, että erikoissairaanhoidon nopea kotiuttaminen on lisännyt paineita perusterveydenhuollon puolella.

” Jatkoissa kun synnyttävät enenevässä määrin kotiutuvat nopeammin, mitä painetta se lisää avopuolella (esim. pitääkö neuvolasta aikaistaa kotikäyntiä...”

5.9. Epäyhtenäiset hoitokäytännöt

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen ketjulähetijakson aikana epäyhtenäiset hoitokäytännöt ilmenivät siten, että tutkimusprotokollat eivät aina olleet yhtenäisiä eri hoitotahojen kesken. Myös hoitoketjuissa oli puutteita, potilasohjaus ei ollut yhtenäistä hoitotahojen kesken ja lääkehoidossa oli epäselvyyksiä. Epäyhtenäisiin hoitokäytäntöihin liittyi myös se, että hoitotahojen toiminta oli ristiriitaista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä hoitotyön että potilaan hoidon toimintakäytännöissä oli ristiriitaisuuksia.

Tutkimusprotokollat eivät ole yhtenäisiä

Ketjulähetijaksolla olleiden mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisissä kuvauskäytännöissä todettiin olevan epäselvyyksiä. Lisäksi todettiin, että kuvausprotokollat eivät aina olleet yhtenäisiä eri hoitotahojen välillä. Ketjulähetit myös raportoivat, että poliklinikkakäynnin yhteydessä oli ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen uusintakuvauksiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ketjulähetijaksolla olleet myös totesivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon jotkin tutkimusprotokollat olivat erilaisia. Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä todettiin olevan esimerkiksi vehnäaltistusprotokollassa ja vehnäaltistusaloituksen annoskoissa. Lisäksi ristiriitaisia toimintakäytäntöjä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä todettiin olevan myös siinä, miten potilaan hoitotasapainoa katsotaan ja vastasyntyneen bilirubiininottoon liittyen. Ketjulähetit lisäksi raportoivat, että perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on erilaiset perustelut tietyille toimenpiteille.

”...ristiriitaisia toimintakäytäntöjä kyllä, vehnäaloitusten annoskoot ja altistusprotokolla...”

”...uusintakuvauksia TCAW asiakkaita, ICEU, sis kir pkl:n käynnin yhteydessä...”

Hoitoketjuissa on puutteita

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä hoitoketjujen toimivuudessa oli ongelmia. Ketjulähetit raportoivat esimerkiksi, että syömishäiriöpotilaiden hoitoketjua ei oltu hahmoteltu. Lisäksi todettiin, että jotkin hoitoketjut olivat päivittämättä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Yhteistyön ongelmia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon

välillä ketjulähettijaksolla olleiden mukaan ilmeni muun muassa ESBL-potilaiden ja MRSA-potilaiden hoitoketjuissa sekä diabeetikkojen hoitolinjauksissa.

”...yhteistyön ongelmana hoitoketjujen päivittäminen...”

”...syömishäiriöpotilaiden hoitoketju vaatii hahmotelman.”

Potilasohjaus ei ole yhtenäistä

Ketjulähetit raportoivat, että potilaan ohjaaminen ei ollut yhtenäistä ja hänelle annettavissa ohjeistuksissa oli epäselvyyksiä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ketjulähettijaksolle osallistuneet kokivat myös, että asiakasohjauksessa oli epäselvyyksiä hoitotahojen välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei aina myöskään ollut päivitettyä tietoa asiakkaiden ohjaamisesta tai siitä, mitä esitteitä ohjauksessa tulisi käyttää. Ketjulähetit myös totesivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli epäselvyyksiä esimerkiksi diabeetikkoäidin ruokavalio-ohjauksessa, PET-ohjauksen teossa sekä tupakkavieroitus neuvonnassa.

”...ohjaus yhtenäisemmäksi”

”...kuinka ohjaamme asiakkaita ja mitä kaavakkeita/esitteitä käytämme.”

Lääkehoidossa on epäselvyyksiä

Lääkehoidossa on epäselvyyksiä, ilmeni ristiriitaisina toimintakäytäntöinä lääkkeiden käytössä sekä epäselvyyksinä lääkitykseen liittyvissä kysymyksissä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ketjulähetit kertoivat, että hoitotahojen välillä oli ristiriitaisia toimintakäytäntöjä muun muassa Marevan hoitoon liittyen. Ketjulähettijaksolle osallistuneet myös totesivat, että perusterveydenhuollossa ei ole samoja mahdollisuuksia lääkitsemisessä kuin erikoissairaanhoidossa. Lisäksi koettiin, että perusterveydenhuollossa ei ole esimerkiksi riittävästi ohjeistusta vanhusten lääkehoidosta. Ketjulähetit myös raportoivat, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen ohjeiden muuttumiseen lääkekriteereistä.

”...ristiriitaisia toimintakäytäntöjä kyllä, lääkitsemisessä meillä ei ole samoja mahdollisuuksia kuin vierailupaikassa”

” Lääkehoidossa näen, että meidän pitää saada ohjeistusta. Vanhuksilla aivan liikaa lääkettä.”

Hoitotahojen toiminta on ristiriitaista

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä yhteistyön ongelmana oli hoitotahojen toiminnan ristiriitaisuudet. Ketjulähetit raportoivat, että toiminnan ristiriitaisuus ilmeni sekä toimintakäytäntöjen että käytännötapojen ristiriitaisuuksina perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ketjulähetijaksolle osallistuneet totesivat muun muassa, että toimintatavat eivät olleet yhtenäisiä eri hoitotahojen kesken perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä kerrottiin olevan esimerkiksi päivätoiminnassa sekä kuntouttavassa työtavassa ja uusien käytäntöjen käyttöönotossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

”...ristiriitaisia toimintakäytäntöjä kyllä, joitain käytännön tapoja”

”... ristiriitaisia toimintakäytäntöjä kyllä, uusien käytäntöjen sisäänajossa”

Hoitotyön toimintakäytännöt ovat ristiriitaisia

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ongelmana oli myös hoitotyön toimintakäytäntöjen ristiriitaisuudet. Ketjulähetit raportoivat ristiriitaisista toimintakäytännöistä esimerkiksi tarvikkeiden säästämiseen liittyen ja välineiden puhtaudesta huolehtimisessa sekä i.v. nesteletkujen vaihtoväleissä eri hoitotahojen välillä. Lisäksi ketjulähetijaksolla olleet myös totesivat, että toimintakäytännöt olivat ristiriitaisia kipsin pohjusten tekemisessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ketjulähetit myös kertoivat, että ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyi lisäksi hoitajan rooliin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

”...ristiriitaisia toimintakäytäntöjä kyllä, ... välineiden puhtaudesta huolehtiminen...”

” ristiriitaisia toimintakäytäntöjä kyllä, hoitajan rooli”

Potilaan hoidon toimintakäytännöt ovat ristiriitaisia

Ketjulähetit raportoivat potilaan hoidon toimintakäytäntöjen ristiriitaisuuksista esimerkiksi diabeetikon jalkojen kunnon tarkkailuun, haavojen hoitoon sekä jalkojen hyvään hoitoon liittyen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi ketjulähetijaksolla olleet kertoivat ristiriitaisista toimintakäytännöistä muun muassa kosketuseristyspotilaiden ja aikuisneurologisten

potilaiden hoidossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Synnyttämään lähtemisessä, lapsivuodeajassa ja vauvojen hoidossa ketjulähetit myös totesivat olevan ristiriitaisia toimintakäytänteitä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

” ristiriitaisia toimintakäytäntöjä kyllä, jalkojen haavojen hoito -diabeetikon jalkojen kunnon tarkkailu ja hyvä hoito ”

” ristiriitaisia toimintakäytäntöjä kyllä omassa toimipisteessä tiukempi linja kosketuseristyspot. ”

6. Pohdinta ja johtopäätökset

6.1. Eettisyys

Tutkimuksen aihe on ajankohtainen sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutoksen tavoitellessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnallisen kokonaisuuden muodostumista. Tutkimukseen ei tarvittu eettisen toimikunnan lupaa, sillä tutkimuksessa ei kerätty ihmisten terveyteen tai sairauksiin liittyvää tietoa (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999). Laadullisen tutkimuksen mielenkiinnon kohteena ovat tutkimukseen osallistuvien henkilöiden todellisuus ja heidän näkökulmansa tutkittavaan aiheeseen (Kylmä & Juvakka 2012). Ketjulähetit olivat terveydenhuollon ammattilaisia ja heillä oli asiantuntijuutta vastata tutkimuskysymykseen. He osallistuivat ennen jakson aloitusta lähetettyyn ennakkokyselyyn ja välittömästi jakson jälkeen lähetettyyn palautekyselyyn, koska kyselyt kuuluivat osaksi ketjulähettiprosessia. Vastaajat olivat tietoisia vastausten käyttämisestä tutkimustarkoitukseen. Tutkija sai aineiston valmiiksi koodattuna erään sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksiköltä, eikä näin ollen koskaan tavannut tai saanut tietää ketjulähetijaksolla käyneiden nimiä tai muita henkilötietoja, joten tutkittavien yksityisyyden suojaa ei loukattu. Tutkimustulokset raportoitiin niin, ettei niistä yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Aineiston säilyttämisessä noudatettiin myös suunnitelmallista huolellisuutta, säilyttäen aineistoa niin, ettei ulkopuolisilla ollut siihen pääsyä.

Tutkija perehtyi aikaisempaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä käsitteleviin tutkimuksiin systemaattisen kirjallisuushaun avulla. Tämän pohjalta rakennettiin tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset tulee ottaa asianmukaisella tavalla huomioon niin, että tutkimuksessa arvostetaan muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viitataan heidän julkaisuihinsa asiaankuuluvalla tavalla. Lisäksi tutkimuksessa tulee toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimusraportin kirjoittamisessa huolehdittiin siitä, että tutkimuksessa käytettyjen viittausten lähdemerkinnät olivat oikein ja selvästi merkitty erotuksena tutkijan omasta tekstistä. Tutkimusraportissa on myös avoimesti ja rehellisesti kuvattu kaikki tutkimuksen vaiheet ja esimerkein selvennetty tutkijan tekemiä ratkaisuja aineiston analyysissä. Tutkimuksen tuloksilla saatiin vastaus tutkimuskysymykseen. Tämän tutkimuksen lähdetiedon käytön tarkastus on tehty Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

6.2. Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta on arvioitu vahvistettavuuden, uskottavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden kautta (Elo ym. 2014, Kylmä & Juvakka 2014). Tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen ja laatuun sekä aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Elo ym. 2014).

Tutkimusmenetelmänä kyselylomake oli luonteva valinta, koska lomakkeet toimivat sekä ketjulähettijaksolle orientoitumiseen, että jaksolta saatujen asioiden reflektointiin ja palautteen antamiseen (Salunen 2016). Lomakkeiden vastausprosentti oli 79% (n=229), joten tutkimuksen tulokset ovat varmasti suuntaa antava kuvaus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön välisistä ongelmista. Huomioitavaa kuitenkin on, että vastaajat olivat vain yhden sairaanhoitopiirin alueelta. Lisäksi ketjulähettien vastauksia ei voi suoraan yleistää kaikkiin terveyskeskusten työntekijöihin. Voidaan olettaa, että ketjulähettijaksolle hakeutuu ensisijaisesti sellaisia työntekijöitä, jotka ovat kiinnostuneita sekä oman työnsä kehittämisestä, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön parantamisesta. (Salunen ym. 2013.)

Aineiston luotettavuuteen vaikuttaa myös se, minkälaisilla kysymyksillä tutkimuskysymykseen lähdettiin hakemaan vastausta. Todennäköistä on, että jos tutkijan olisi ollut mahdollista hakea vastausta tutkittuun ilmiöön tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksellä sellaisenaan, olisi tutkittavasta ilmiöstä mahdollisesti saatu vielä tarkempi, moninaisempi ja laajempi kuvaus.

Tutkimusaineisto oli vastaajien käsin kirjoittamaa tekstiä, jolloin tutkijan oli välillä haastavaa saada kirjoituksesta selvää. Lisäksi vastaajat olivat kirjoittaneet asiansa usein luettelomaisesti ja lyhyesti, jolloin merkitykselliset ilmaisut olivat välillä niin lyhyitä, että induktiivisen sisällönanalyysin tekeminen muodostui haastavaksi. Luotettavuuden kannalta taas toisaalta voi olla eduksi, että merkitykselliset ilmaisut olivat useasti valmiiksi pelkistysten muodossa, jolloin niiden merkityksiä ei hävinnyt pelkistämävaiheessa. Tosin on todettu, että lyhyessä ilmaisussa asiayhteys ei välttämättä varmistu ja silloin aineiston sisällöllinen rikkaus ja analyysin luotettavuus voivat kärsiä (Elo ym. 2014, Kylmä & Juvakka 2014).

Analyysiprosessin etenemisen kuvaus (Liite 3.) oli tärkeätä tutkimuksen vahvistettavuuden kannalta, koska tutkija käytti analyysissa omaa tulkintaa. Analyysiprosessin kuvaus yhden pääluokan kohdalla aina alkuperäisilmaisista pääluokkaan asti antaa lukijalle käsityksen tutkijan tekemistä ratkaisuksista. Lisäksi sisällönanalyysin luotettavuutta osoitettiin esittämällä tulosten raportoinnissa lainauksia

alkuperäisaineistosta. Induktiivinen sisällön analyysi on systemaattinen ja objektiivinen tapa kuvata ja määrittää tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuskysymyksen ohjatessa aineiston analyysia. (Elo & Kyngäs 2008, Kylmä & Juvakka 2014.)

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten pyrkimystä tuotettavan tiedon totuudenmukaisuuteen (Elo ym. 2014, Kylmä & Juvakka 2014). Tulosten uskottavuuden kannalta oli olennaista, että tutkimuskysymys ohjasi analyysia sekä siihen käytetty runsas aika ja vuoropuhelu aineiston kanssa. Ryhmittely ja luokittelu perustuivat tutkijan tulkintaan pelkistysten sisällöllisten merkitysten samankaltaisuudesta ja aineiston sisällön ymmärtäminen vaatii aikaa. Tutkija piti myös tutkimuspäiväkirjaa analyysin tekemisen aikana tekemistään oivalluksista ja ratkaisuksista. Analyysin vaiheet ja tulokset raportoitiin rehellisesti ja huolellisesti, jotta lukijan olisi mahdollista seurata analyysin etenemistä sekä nähdä saadut päätelmät ja tutkimustulokset johdetuksi aineistosta. Lisäksi tulosten tulkinnassa haluttiin jäädä tasolle, joka kuvaa tutkittavaa ilmiötä moninaisesti ja mahdollisemman laajasti. Tutkija osoitti tutkimuksen raportoinnissa reflektiivisyyttä, kuvaten tekemiään ratkaisuja ja osallisuuttaan tulosten synnyssä (Kylmä & Juvakka 2014). Tulosten uskottavuutta lisäksi vahvisti tutkimusaineiston taustatietojen kuvaaminen ja tutkimukseen osallistujien asiantuntijuus tutkittavan aiheen suhteen (Elo ym. 2014). Tutkimusaineiston tuottaneet terveydenhuollon ammattilaiset, tutkimusaineisto ja -menetelmät kuvattiin mahdollisimman tarkasti, joten tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä ja sovellettavuutta on mahdollisuus arvioida (Kylmä & Juvakka 2014).

6.3. Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lääkäreiden ja muun terveydenhuoltohenkilökunnan näkökulmasta minkälaisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä yhteistyön ongelmia ilmeni ketjulähettiläksen aikana. Tutkimuksessa selvisi, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä olevat yhteistyön ongelmat ovat moninaisia. Etenkin hoidon jatkuvuuden varmistamiseen hoitotahojen rajapinnoilla liittyi paljon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä yhteistyön ongelmia.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmaksi ketjulähettiläkselle osallistuneet raportoivat muun muassa vaikeudet informaation hankkimisessa. Tähän liittyi yhteistyö

tahojen tavoittamattomuus, sekä virheelliset ja puuttuvat yhteystiedot ja epätietoisuus siitä, keneltä tietoa voi kysyä. Näihin yhteistyön ongelmiin vaikuttavat osaltaan varmasti myös henkilökunnan välillä runsaskin vaihtuminen sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon puolella (Nguyen ym. 2014, Salunen 2016, Salunen ym. 2013). Useat tutkimukset ovat todenneet, että henkilökohtaisten suhteiden luomisen mahdollisuudet eri organisaatioissa työskentelevien, potilaan hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten kesken, ovat erittäin tärkeässä roolissa parannettaessa organisaatioiden välistä yhteistyötä (La Rocca & Hoholm 2017, Lyngsø ym. 2016, Nguyen ym. 2014, Salunen 2016, Salunen ym. 2013).

Yhtenä yhteistyön ongelmana ketjulähetit totesivat olevan laadukkaan ja ajantasaisen tiedon siirtymisen oikea-aikaisesti potilasta hoitavalle toiselle hoitotaholle. Tutkimustulos on linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa, joissa yhtenä tärkeimmäksi yhteistyötä vaikeuttavaksi ongelmaksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on todettu ongelmat tiedonkulussa (Hesselink ym. 2013, La Rocca & Hoholm 2017, Lyngsø, ym. 2016, Nguyen ym. 2014, Rattray ym. 2017, Salunen ym. 2013, Salunen 2016, Sampson ym. 2015, Vázquez ym. 2017). On myös raportoitu, että huonolaatuinen ja ei ajantasainen tieto ei tue hoidon jatkuvuutta ja voi johtaa hoidon viivästymiseen sekä huonompilaatukseen jatkohoidon toteuttamiseen (Nguyen ym. 2014, Sampson ym. 2015). Potilaille tiedonkulun ongelmat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä lisäävät turhautumista omaan hoitoonsa ja häntä hoitaviin organisaatioihin (Sampson ym. 2015).

Ketjulähetit eivät myöskään todenneet potilastietojärjestelmien tukevan hoidon jatkuvuutta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Potilastietojärjestelmien erilaisuus ja puutteellisuus katsottiin yhdeksi organisaatioiden yhteistyötä vaikeuttavaksi tekijäksi. Huomion arvoista tosin on, että tämän tutkimuksen aineisto oli kerätty ennen Kanta-arkiston kunnollista käyttöön ottoa. Tutkimuksissa on laajasti osoitettu, että sähköinen viestintä tukee organisaatioiden välistä yhteistyötä (Johnsson ym. 2013, La Rocca & Hoholm 2017, Mäenpää ym. 2012, Nguyen ym. 2014, Weijers ym. 2018). Tietokonejärjestelmien hyväksikäyttö ei silti välttämättä paranna kommunikointiprosessia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (Johnson ym. 2013, La Rocca & Hoholm 2017, Salunen ym. 2013). Yhteistyössä tehty päätöksen tekeminen potilaan hoidosta vaatii useiden eri viestintämuotojen käyttöä, dialogia ja sopimista eri organisaatioiden ja potilaan välillä (La Rocca & Hoholm 2017, Rattray 2017).

Tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä ongelmana oli ketjulähetien mukaan myös potilasdokumentoinnin erilaiset käytänteet, jotka vaikeuttivat sekä potilaan hoitoa että hoidonjatkuvuutta. Potilaskohtaisen viestinnän on todettu pohjautuvan

pääsääntöisesti potilaan hoidon dokumentteihin, sillä esimerkiksi lääkäreiden henkilökohtaiset yhteydenotot perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä potilaan hoidosta tapahtuvat vain harvoissa potilastapauksissa. Lisäksi erikoissairaanhoidossa saatetaan kokea, ettei edes ole tarvetta keskustella potilaan hoidosta perusterveydenhuollon kanssa. (Johnsson ym. 2013, La Rocca & Hoholm 2017, Nguyen ym. 2014, Salunen ym. 2013.) Sähköisten potilastietojärjestelmien on todettu auttavan rakenteellistamaan potilaan hoidon dokumentointia (Johnsson ym. 2013, La Rocca & Hoholm 2017, Mäenpää ym. 2012, Nguyen ym. 2014, Weijers ym. 2018). Standardoitujen, luotettavien, yhdenmukaisten, ytimekkäitten, mutta täydellisten lääke- ja hoitosuunnitelmien on todettu helpottavan potilaan hoidon siirtymistä yli eri hoitotahojen (Rattray ym. 2017).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmana tässä tutkimuksessa ilmeni myös jäsentymätön työn allokointi potilasta hoitavien tahojen kesken. Ketjulähtetijaksolla olleet raportoivat muun muassa epäselvästä työnjaosta, päällekkäisyyksistä hoidossa sekä epätietoisuudesta potilaan hoitovastuuasioista. Tämä saattaa johtaa siihen, että potilaat voivat kokea, että heidän hoitonsa ei ole tarpeeksi merkityksellistä terveydenhuollon näkökulmasta. Aiheuttaen potilaiden turhautumista ja toisinaan potilaat itse tai heidän omaisensa yrittävät ottaa vastuuta kokonaishoidon koordinoinnista. (Sampson ym. 2015.) Lisäksi terveydenhuollon näkökulmasta jäsentymätön työn allokointi merkitsee tehottomuutta, osaoptimointia ja heikkoa vaikuttavuutta (Sinervo ym. 2016).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ongelmana tässä tutkimuksessa oli lisäksi se, ettei potilaan hoitoverkostoa tunnettu tarpeeksi. Kun ei tunneta toisten toimintaa ja resursseja, voi omalla toiminnalla olla toiseen osapuoleen sellaisia vaikutuksia, joita ei edes tiedä niillä olevan (Salunen ym. 2013). Lisäksi tietämättömyys siitä, mitä eri hoitotahoilla voidaan tehdä, lisäävät terveydenhuollon kustannuksia, kun potilaat käyvät eri erikoisalojen seurannassa tai hoidossa, vaikka osa hoidosta voitaisiin toteuttaa perusterveydenhuollossa (Uusitalo 2016).

Ketjulähtetijaksolle osallistuneet raportoivat myös hoidon jatkumattomuuden hoitotahojen rajapinnoilla yhdeksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmaksi. Aina ei perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tiedetä, mihin potilaan hoito kuuluu ja tämä saattaa johtaa potilaan toistuvaan ja epätarkoituksenmukaiseen siirtelyyn erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä (Sampson ym. 2015, Uusitalo 2016). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ongelmana ketjulähtetijaksolla olleet raportoivat myös hoidon siirtymisen tuomat vaikeudet toiselle hoitotaholle. Ketjulähtetijaksolla olleet kertoivat lisääntyneistä paineista toteuttaa potilaan hoitoa perusterveydenhuollon puolella erikoissairaanhoidon kotiuttaessa potilaita

nopeammin. Siinä missä erikoissairaanhoidon on omaksunut nopean potilaan siirron sairaalasta perusterveydenhuollon puolelle, on perusterveydenhuollossa asiaan pystytty reagoimaan hitaammin (La Rocca & Hoholm 2017). Lisäksi erikoissairaanhoidon epärealistiset odotukset jatkohoidon toteuttamisesta ja perusterveydenhuollon, tässäkin tutkimuksessa yhteistyön ongelman ilmenneet, kireät resurssit ja osaamisen taso ovat omiaan lisäämään jännitteitä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyölle (La Rocca & Hoholm 2017, Nguyen ym. 2014).

Kehitettäessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdennettyä hoitoa käytännössä, on perustavaa laatua olevina asioina pidetty kliinisten, toiminnallisten ja normatiivisten asioiden yhdenmukaisuutta (Lyngsø ym. 2016). Ketjulähettiläksen suorittaneet listasivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmiksi muun ohella myös epäyhtenäiset hoitokäytännöt. Osallistujat raportoivat niin tutkimusprotokollien kuin hoitotahojen ja hoitotyön toimintakäytäntöjen kuin potilaan hoidon toimintakäytäntöjen ristiriitaisuuksista. On todettu, että kunkin organisaation toisistaan poikkeavat sisäiset normit ja säännöt edistävät sitä, että yhteistyöstä ja yhteisestä tiedosta ei välttämättä vallitse jaettua ymmärrystä. (Mertala 2011).

6.4. Johtopäätökset

Tutkimus tuotti monitahoisen kuvan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön ongelmista. Yhteistyön ongelmana oli vaikeudet informaation hankkimisessa sekä sen vajavaisuus potilaan hoidosta eri hoitotahoilla, potilastietojärjestelmien heikkous tukea hoidon jatkuvuutta sekä potilasdokumentoinnin erilaiset käytänteet. Lisäksi jäsentymätön työn allokointi potilasta hoitavien tahojen kesken sekä se, ettei tunnettu tarpeeksi potilaan hoitoverkoston ja erot toiminnan luonteesta koettiin ongelmina perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä. Ongelmia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä oli myös hoidon jatkumattomuus hoitotahojen rajapinnoilla ja epäyhtenäiset hoitokäytännöt.

Tutkimus osoitti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmat muodostavat monitahoisen kokonaisuuden ja edellyttävät ymmärrystä ja arvostusta toisen työtä kohtaan niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Tutkimuksessa ilmenneet perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliset yhteistyön ongelmat osoittavat muun muassa tarpeen edelleen parantaa organisaatioiden välistä tiedonkulkua ja yhtenäistää niin potilaan hoitoon

liittyviä dokumentteja kuin eri organisaatioiden toimintakäytäntöjäkin kehitettäessä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Tutkimus antaa tietoa niistä kohdista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, jossa terveydenhuollon työntekijät kokevat, että yhteistyössä on ongelmia. Toivottavasti tämä omalta osaltaan auttaa kehittämään niitä käytännön toimintoja, hoidon prosesseja ja rakenteita, joilla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä voidaan parantaa. Potilaan sujuva eteneminen ja laadukkaan hoidon varmistaminen kaikilla hoitotahoilla koskettaa etenkin potilasta, mutta myös omaisia, hoitohenkilöstöä ja terveydenhuollon prosessien toimivuutta sekä terveydenhuollon kustannustehokkuutta.

6.5. Jatkotutkimushaasteet

Tässä tutkimuksessa informaation vajavaisuus potilaan hoidosta eri hoitotahoilla osoitti organisaatioiden välillä liikkuvan tiedon olevan välillä vajavaista ja ei ajantasaista. Lisäksi tiedon kulku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli ongelmallista. Koska tämän tutkimuksen aineisto on kerätty pääasiallisesti ennen Kanta-arkiston kunnollista käyttöön ottoa, olisi tärkeää tutkia onko Kanta-arkiston käytön laajeneminen eri terveydenhuollon organisaatioiden toimintaan, ratkaissut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä tiedonkulun ongelmia.

Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että potilaan hoidon jatkuvuus ei aina ollut varmistettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja näiden tahojen välillä oli myös epäyhtenäisiä hoitokäytäntöjä. Kuitenkin terveydenhuollossa on tehty paljon erilaisia hoitopolkuja ja hoidon linjauksia erilaisille potilasryhmille. Tärkeää olisi tutkia minkälaisia käytännön tason ongelmia eri hoitolinjauksissa ja hoitopoluissa on havaittu käytännön yhteistyötä ja hoidon koordinoitua haittaavina tekijöinä sekä minkälaisilla toiminnoilla hoitokäytäntöjä pystyttäisiin näissä yhtenäistämään. Lisäksi tässä tutkimuksessa ilmeni, että perusterveydenhuolto kokee työpaineidensa lisääntyneen erikoissairaanhoidon siirtäessä potilaita yhä nopeammin perusterveydenhuoltoon. Olisi tärkeää myös tutkia miten perusterveydenhuolto on tähän haasteeseen pystynyt vastaamaan potilaan hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä vaikeudet informaation hankkimisessa ja se ettei potilaan hoitoverkostoa tunnettu tarpeeksi olivat ongelmia, niin potilaan hoidon jatkuvuuden kuin

myös hoidon tietyllä hoitotaholla säilymisenkin kannalta. Organisaatioiden yhteistyön onnistumisen kannalta olisi tärkeää myös tutkia, minkälaisilla rakenteilla, ketjulähettilätoiminnan lisäksi, olisi mahdollista tukea terveydenhuoltohenkilökunnan tuntemusta yhteisen potilaan koko hoitoverkostosta.

LÄHTEET

- Agius M & Vishal V. (2011) Differences between training GPS to manage depression in primary care and issuing them with guidelines, and a system of collaborative care in the treatment of depression between primary and secondary care. *Psychiatria Danubina* 23 (1), 77-82.
- Aira A. (2012) *Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot*. Väitöskirja: Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Asikainen P, Suominen T, Mäenpää T & Maass M. (2008) Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä tiedon siirto ja yhteistoiminta aluetietojärjestelmän käyttöönottoaiheessa. *Hoitotiede* 20 (2), 59-69.
- Axeelsson R & Axelsson SB. (2006) Integration and collaboration in public health – a Conceptual framework. *International Journal of Health Planning & Management* 21(1), 75-88.
- Berendsen AJ, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS & Schuling J. (2007) Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 7:4 <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-4> (16.1.2019)
- Berendsen AJ, Benneker WHGM, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JPJ & Meyboom-de Jong B. (2006) Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists – a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2006:6 <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-155> (16.1.2019)
- Bin Chen (2010) Antecedents or Processes? Determinants of Perceived Effectiveness of Interorganizational Collaborations for Public Service Delivery. *International Public Management Journal*, 13 (4), 381-407. DOI: 10.1080/10967494.2010.524836
- Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115.
- Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K & Kyngäs H. (2014) Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE Open* 4. DOI 10.1177/2158244014522633.
- Ensing H, Koster E, Dubero D, van Dooren Ad & Bouvy M. (2019) Collaboration between hospital and community pharmacists to address drug-related problems: The HomeCoMe-program. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 15, 267-278.
- Hassink-Franke L, Janssen M, Oehlen G, van Deurzen P, Buitelaar J, Wensing M & Lucassen P. (2016) GPs' experiences with enhanced collaboration between psychiatry and general practice for children with ADHD. *European Journal of General Practice* 22 (3), 196-202.
- Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H & Vernooij-Dassen M. (2013) Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *International Journal for Quality in Health Care* 25(1), 66-74.

Johnson J, Arora V & Barach P. (2013) What can artefact analysis tell us about patient transitions between the hospital and primary care? Lesson from HANDOVER project. *European Journal of General Practice* 18, 185-193.

Keyton J, Ford D J & Smith F I. (2008) A mesolevel communicative model of collaboration. *Communication Theory* 18 (3), 376-406.

Kuusisto A, Asikainen P & Saranto K. (2014) Hoitotyön yhteenvedo potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. *Hoitotiede* 26 (4), 310-321.

Kylmä J. & Juvakka T. (2014) Laadullinen terveystutkimus. 1.–3. painos. Edita Publishing Oy. Porvoo.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488 (online)
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488> (11.4.2019)

La Rocca A & Hoholm T. (2017) Coordination between primary and secondary care: the role of electronic message and economic incentives. *BMC Health Services Research*. 17:149. DOI 10.1186/s12913-017-2096-4

Lyngsø A M, Skavlan Godtfredsen N & Frølich A. (2016) Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System. *International Journal of Integrated Care* 16 (January-March)
<http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2449/> (24.4.2019)

Mertala S. (2011) *Yhdessä tietämisen episodeja – Terveystieteiden tutkimuskeskitykset*. Väitöskirja: Lapin yliopisto. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.

Mäenpää T, Asikainen P & Suominen T. (2012) Aluetietojärjestelmän merkitys alueelliseen yhteistyöhön, toimintamallien muutokseen ja organisaatiokulttuuriin ammattilaisten ja hallinnon edustajien kokemana. *Hoitotiede* 24 (2), 125-127.

Nguyen O, Kruger J & Greysen S. (2014) Understanding how to improve collaboration between hospitals and primary care in postdischarge care transitions: A qualitative study of primary care leaders' perspectives. *Journal of Hospital Medicine* 9, 700-706.

Paukkunen L, Turunen H, Tossavainen K, Taskinen H & Sinkkonen S. (2003) Interpersoonalliset prosessit ja yhteistyöosaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa: ammatillisen koulutuksen merkitys. *Hoitotiede* 15 (2), 74-88.

Price E, Baker R, Krause J & Keen C. (2014) Organisation of services for people with cardiovascular disorders in primary care: transfer to primary care or to specialist-generalist multidisciplinary teams? *BMC Family Practice* 15:158 (online) <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/158> (20.4.2019)

Rattray N, Sico J, Cox L, Russ A, Matthias M & Frankel R. (2017) Crossing the Communication Chasm: Challenges and Opportunities in Transitions of Care from the Hospital to the Primary Care Clinic. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 43 (3), 127-137.

Ruuska A. & Haukkapää-Haara P. (2004) Saumattomien palveluketjujen edellytyksiä -teknologia, muuttuvat toimintamallit ja alueellinen yhteistyö. Teoksessa: Sinervo L. (toim.) *Saumattomien toimintojen juurruttaminen. Juuria hankkeen loppuraportti*. Stakes, Aiheita 26. Helsinki. 26-35.

Saillant S, Hudelson P, Dao M & Perron N. (2016) The primary care physician/psychiatrist joint consultation: A paradigm shift in caring for patients with mental health problems? *Patient Education and Counseling* 99, 279-283.

Salunen R, Holmberg-Marttila D & Mattila K. (2013) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö. Ketjulähettilätoiminnan seuranta tutkimus. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 41(3), 246-261.

Salunen R. (2016) *Ketjulähettilätoiminta osaamisen ja yhteistyön kehittämisen välineenä*. Väitöskirja: Tampereen yliopisto. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.

Sampson R, Cooper J, Barbour R, Polson R. & Wilson P. (2015) Patients' perspectives on the medical primary-secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open* 2015;5:e008708. doi:10.1136/bmjopen-2015-008708 (16.4.2019)

Sinervo T, Tynkkynen L-K & Vehko T. (2016) Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2016. (online) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-732-9> (3.4.2019)

Tanttu K. (2007) *Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta*. Väitöskirja: Vaasan yliopisto, Vaasa.

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010) (online) <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (10.1.2019)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. (online) http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (11.1.2019)

Uusitalo T. (2019) Vanhusten hyvät peruspalvelut säästävät työtä ja rahaa. *Suomen lääkäri-lehti - Finlands läkartidning* 74 (9), 553-554.

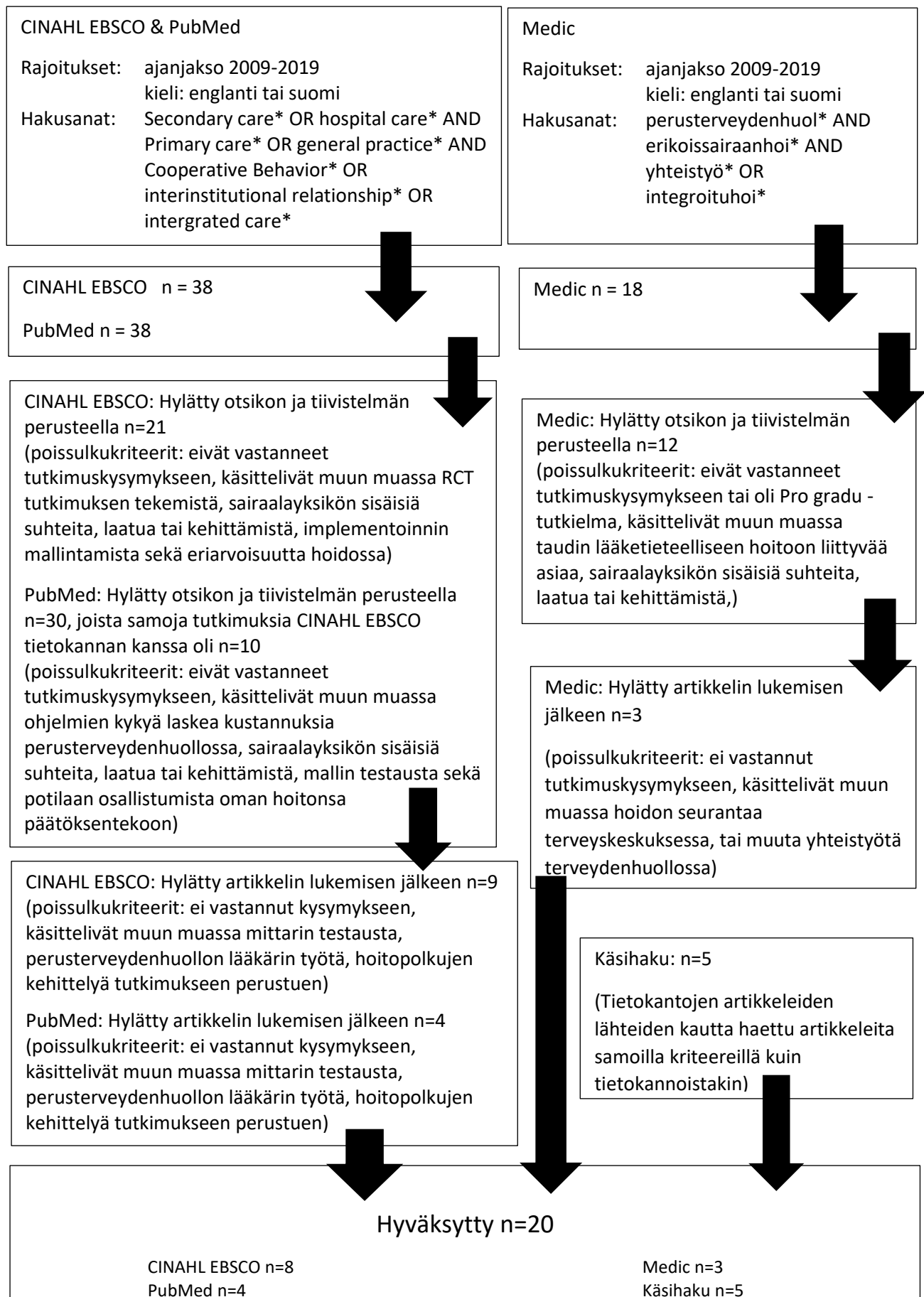
Vaismoradi M., Turunen H. & Bondas T. (2013) Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* 15(3), 398–405.

Vázquez M-L, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger J-P, De Paepe P, Mogollón-Pérez A, Samico I, Eguiguren P, Cisneros A-I, Huerta A, Muruaga M-C & Berlotto F. (2017) Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Social Science & Medicine* 182, 10-19.

Vierula H. (2016) Yhteistyö vähentää kuolevien pallottelua. *Suomen lääkäri-lehti - Finlands läkartidning* 71 (23), 1662-1664.

Weijers J, Dartel S, Hoevenaars D, Rubens M, Hulscher M & Riel P. (2018) Implementation of the EULAR cardiovascular risk management guideline in patients with rheumatoid arthritis: results of successful collaboration between primary and secondary care. *Ann Rheum Dis* 77, 480-483.

Liite 1. Systemaattinen kirjallisuushaku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö.



Liite 2. Ketjulähtijäkson ennakko- ja palautekyselylomakkeiden tässä tutkimuksessa hyödynnetyt kohdat. (1/2)

Perusterveydenhuollon ketjulähtijäkysely 1

ID _____

Lääkäri ☐

Hammaslääkäri ☐

TIETOJA VASTAAJASTA

1. Sukupuoli mies ☐ nainen ☐
2. Ikä _____ vuotta
3. Kuinka monta vuotta olet yhteensä toiminut lääkärinä: _____ vuotta
4. Yksikkö, johon olet menossa ketjulähtijäkselle _____

ID _____

Sairaanhoitaja ☐

Terveystenhoitaja ☐

Muu ☐ _____

TIETOJA VASTAAJASTA

5. Sukupuoli mies ☐ nainen ☐
6. Ikä _____ vuotta
7. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt hoitajana: _____ vuotta
8. Mikä on korkein koulutustutkintosi?
 - ☐ 1. sairaanhoitaja
 - ☐ 2. terveydenhoitaja
 - ☐ 3. perus-/ lähihoitaja
 - ☐ 4. erikoissairaanhoitaja, mikä _____
 - ☐ 5. korkeakoulututkinto, mikä _____
 - ☐ 6. muu, mikä _____
9. Yksikkö, johon olet menossa ketjulähtijäkselle _____

Liite 2. Ketjulähetijakson ennakko- ja palautekyselylomakkeiden tässä tutkimuksessa hyödynnetyt kohdat. (2/2)

Perusterveydenhuollon ketjulähetijien jaksopalaute

ID _____

10. Nousiko esiin ristiriitaisia toimintakäytäntöjä ketjulähetijakson yksikön ja oman terveyskeskuksesi välillä?

☐ 1. ei ☐ 2. kyllä, mitä _____

11. Mitä terveyskeskuksesi ja ketjulähetijakson yksikön välisiä käytännön yhteistyökysymyksiä nousi esiin jakson aikana?

Liite 3. Tutkimusaineiston induktiivinen sisällönanalyysi. (1/6)

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys
Vaikeudet informaation hankkimisessa	Vaikeudet tiedon kysymisessä	Tiedon kysymisen hankaluudet Korkea kynnys oatta asioista selvää Korkea kynnys konsultoida puolin ja toisin Ei oteta rohkeasti yhteyttä Ei oteta ennakkoluulottomasti yhteyttä
	Tietämättömyys siitä, ketä konsultoida	Epäselvää ketä konsultoida harhaluuloisen henkilön asioista Epäselvää kenen puoleen käännytään kun tarvitaan konsultointi apua Epäselvyyttä siitä, koska riittää terveyskeskuslääkärin konsultointi Epäselvyyttä siitä, koska tulee konsultoida erikoislääkäriä Epäselvyyksiä konsultointiasioissa
	Vähäinen hoitotahojen keskinäinen kommunikointi	Liian vähäinen yhteydenpito Liian vähäinen konsultointi Lääkärit eivät ota tarpeeksi yhteyttä lääkitykseen liittyvissä asioissa Potilaiden hoitolinjat ei saa tarpeeksi erikoissairaanhoidon lääkärin kannanottoja Liian vähä hyödynnetään poliklinikan konsultointi mahdollisuutta Vältellään konsultointia Vältellään yhteydenottoa
	Riittämättömät yhteystiedot	Erikoissairaanhoidossa on vanhoja puhelinnumeroita perusterveydenhuoltoon Erikoissairaanhoidossa on virheellisiä puhelinnumeroita perusterveydenhuoltoon Erikoissairaanhoidosta annetaan väärä puhelinnumero perusterveydenhuoltoon Ongelmia puhelinnumeroissa Yhteystietoja puuttuu Puhelinnumeroita puuttuu
	Yhteistyötahojen tavoittamattomuus	Ongelmia yhteydenpitotavoissa Yhteydenpito hankalaa, koska terveyskeskuslääkäreitä ei aina tavoita puhelimella Hankala tavoittaa puhelimitse puolin ja toisin Ongelmia saada yhteyttä sähköisesti)

Liite 3. Tutkimusaineiston induktiivinen sisällönanalyysi. (2/6)

Informaation vajavaisuus potilaan hoidosta eri hoitotahoilla	Tieto ei kohdistu täsmällisesti	Hoitopalautteet eivät tule sairaanhoitajille Epikriisit eivät tule terveyskeskukseen Loppuepikriisi ei mene opiskelijaterveydenhuoltoon Epikriisi ei tule lähettävälle tasolle Omat lausunnot eivät välity erikoissairaanhoidon Puheterapeutti ei aina saa tietoa siitä, että erikoissairaanhoidon on hoitopalautteessa suositellut puheterapiaa
	Tieto ei liiku saumattomasti hoitotahojen välillä	Ongelmia tiedon kulkuun liittyvässä siirrossa paperipostitse Ongelmia tiedon kulkuun liittyvässä siirrossa sähköisesti Sähköiset läheteet ja postitse kulkevat liitteet eivät kohtaa Tiedon siirtyminen on hankalaa Tiedon välittymisessä on ongelmia Tiedon kulku ei ole saumatonta Tiedonkulku ei ole optimoitua Potilaiden haavan hoitohistoria ei siirry perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä Ongelmia potilaan siirtoon liittyvässä tiedonkuluksa Tiedon kulku sairaalan ja avohoidon välillä ongelmallista Tiedon kulku on ongelmallista Perusterveydenhuolto ei näe potilaiden käyntitekstejä erikoissairaanhoidon akuutin tapahtuman jälkeen Perusterveydenhuolto ei näe potilaiden käyntitekstejä erikoissairaanhoidon kontrollikäynneiltä
	Tietosuoja rajoittaa tiedon kulkua	Tietosuoja jarruttaa tiedon kulkua
	Siirtyvä tieto on vaillinaista	Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tiedon saanti ei perusteellista suullisesti Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tiedon saanti ei perusteellista paperilla Epäselvyyksiä kirjaamisissa Epäselvyyksiä siinä, kuinka laajasti tarvittavia tietoja tulee lähettää perusterveydenhuoltoon Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tiedon saanti ei yhtenevää suullisesti Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tiedon saanti ei yhtenevää paperilla Epäselvää onko samat termit käytössä erikoissairaanhoidossa ja terveyskeskuksessa
	Siirtyvä tieto ei ole ajantasaista	Lähettävän yksikön hoitajan tiedotteet eivät aina ole ajantasaisia Lähettävän yksikön lääkelistat eivät aina ole ajantasaisia Ajankohtainen tieto ei tule perusterveydenhuoltoon ajoissa

Potilastietojärjestelmät eivät tue hoidon jatkuvuutta	Potilastietojärjestelmät ovat erilaisia	Potilastietojärjestelmien erilaisuudesta johtuvat ongelmat Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen erilaisiin tietokonejärjestelmiin Yhteinen potilastietojärjestelmä puuttuu
	Potilastietojärjestelmät ovat puutteellisia	Tietotekniset ongelmat ATK-järjestelmät eivät ole käytännöllisiä Ei mahdollisuutta lähettää epikriisiä sähköisesti jatkohoitopaikkaan Ei mahdollisuutta sähköiseen hoitopalautteeseen Kasvukäyriä ei voi liittää sähköisesti läheteteisiin Sokeriseuranta lomakkeita ei voi liittää sähköisestiläheteteisiin Kuvansiirtojen puuttuminen tietoteknisistä syistä Lausuntojen puuttuminen tietoteknisistä syistä

Liite 3. Tutkimusaineiston induktiivinen sisällönanalyysi. (3/6)

Potilasdokumentoinnin erilaiset käytänteet	Lähetteet ovat jäsentymättömiä	Epäselvyyksiä lähetteen rakenteessa Epäselvää mitä lähetteistä pitäisi löytyä Epäselvyyttä lähetteen asiasisällöstä Lähetteet eivät aina hyvin tehtyjä Lähetteet eivät aina ole kattavasti tehtyjä Lähetteet kaipaavat tarkennuksia RTG-lähetteisä ei aina ole hyvä kysymyksenasettelu Lähetteet eivät aina ole tarkoituksenmukaisia
	Lähetekäytännöt ovat epäselviä	Ristiriitaisia lähetekäytäntöjä Epäselvät lähetekäytännöt Epäselvyyksiä lähetteiden oikein kohdentamisessa Epäselvyyksiä lähetteiden siirtämisessä Epäselvyyksiä lähetteiden käsittelyssä Epäselvyyksiä lähetteiden lähettämisessä Lähetteiden kasautuminen lukuvuoden loppuun Lähetepalautteet eivät mene oikeaan paikkaan Epäselvää kuinka ilmoittaa alkoholia käyttävät äidit erikoissairaanhoidon, jos äiti kieltää käytön
	Palautekäytännöt ovat vajavaisia	Epäselvyyksiä epikriisiasioissa Lasten epikriisit välillä vaikealukuisia Lasten epikriiseistä puuttuu asioita Epikriiseistä puuttuu lääkärin yksilöllinen ohjeistus Epäselvyyksiä epikriisien lähettämisessä Hoitopalautteet välillä vaikealukuisia Hoitopalautteista puuttuu usein asioita

Jäsentymätön työn allokointi potilasta hoitavien tahojen kesken	Päällekkäisyys hoidossa	Hoidon päällekkäisyyksiä on paljon Samojen potilaiden päällekkäinen hoito Päällekkäisyyttä toimissa Ei ole potilaan hoidossa aina sovittu mitä tehdään Ei ole potilaan hoidossa aina sovittu missä tehdään
	Epäselvä työnjako	Epäselvyyksiä työnjaossa Epäselvyyksiä työnjaossa astma lasten hoidossa Epäselvyyksiä työnjaossa allergia lasten hoidossa Epäselvyyksiä työnjaossa kasteluongelmaisten lasten hoidossa Epäselvyyksiä siinä kuka potilaan hoidon eri asioita hoitaa
	Epätietoisuus hoitovastuusta	Epäselvyyksiä hoitovastuussa Epäselvyyksiä hoitovastuutus asioissa

Liite 3. Tutkimusaineiston induktiivinen sisällönanalyysi. (4/6)

Ei tunneta tarpeeksi potilaan hoitoverkostoa	Hoitotahojen keskinäisen yhteistyön vähäisyys	Liian vähäinen yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä Liian vähäinen yhteistyö erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välillä Yhteistyötä on liian vähän Yhteistyö päihdehuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ongelmallista Yhteistyötä ei kehitetä tarpeeksi potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon parantamiseksi Perusterveydenhuollon edustajia ei oteta kunnolla mukaan paikallisia hoitokäytäntöjä suunniteltaessa Hoitoneuvotteluihin kutsumisessa ongelmia
	Tietämättömyys toisen hoitavan tahon asioista	Ei tiedetä toisten työstä tarpeeksi Ei tunneta toisten työtä kunnolla Ei tiedetä tarpeeksi toistemme toiminnasta Ei tiedetä toistemme käytännöistä Ei tiedetä toisen yksikön osaamisesta Sairaala ei tiedä miten asiat hoidetaan terveyskeskuksessa Erikoissairaanhoidossa ei tunneta käytäntöjä ruohonjuuritasolla Ei tietoa terveyskeskuksen keuhkohoitajan työstä
	Tietämättömyys mitä eri hoitotahoilla on mahdollista tehdä	Epäselvyyttä siitä mitä pystytään hoitamaan missäkin Jotkin toimenpiteet lähetetään erikoissairaanhoidon, vaikka voitaisiin tehdä perusterveydenhuollossa Virheellisiä käsityksiä siitä mitä toimenpiteitä toimipisteessä pystytään tekemään
	Tietämättömyys toisen hoitavan tahon resursseista	Ei tiedetä toistemme resursseista Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen perusterveydenhuollon rajallisiin resursseihin Jatkohoito ongelmallista terveyskeskuksessa resurssipulan takia Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen siihen, ettei käytössä ole nielemisen kuvantamismenetelmää
	Osaaminen vajavaista perusterveydenhuollossa	Osaaminen ei tarpeeksi vahvaa perusterveydenhuollossa
	Ristiriitaiset mahdollisuudet vastata hoidon haasteisiin	Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen konfliktitilanteiden hoitoon Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen pakkotoimenpiteiden käyttöön Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen akuuttien hoitojen mahdollisuuksiin

Erot toiminnan luonteessa	Budjettipaineet	Tiukat budjetit Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen perusterveydenhuollon kustannustehokkuus paineisiin Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen tarvikkeiden säästämiseen perusterveydenhuollossa
	Aikataulujen erilaisuus	Aikatauluongelmat Aikataulujen yhteen sovittamisessa ongelmia Tieto palavereista, joihin toivotaan osallistuvan, tulee perustasolle liian lyhyellä varoitusaajalla Pitkä jonotusaika polille
	Ajankäytön erilaisuus	Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä, koska perusterveydenhuollossa aikaa on vähemmän Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen ajan käyttöön vastaanotolla Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen ajan käyttöön Onko aikaa asiantuntijoiden suoriin konsultaatioihin potilaiden erityiskysymyksissä
	Työn päämäärän erilaisuus	Työn päämäärä erilainen

Liite 3. Tutkimusaineiston induktiivinen sisällönanalyysi. (5/6)

Hoidon jatkumattomuus hoitotahojen rajapinnoilla	Epätietoisuus siitä, mihin potilaan hoito kuuluu	Epäselvyyttä siitä millaiset asiakkaat kuuluvat erikoissairaanhoidoon Epäselvyyksiä siinä keitä lähettää erikoissairaanhoidoon Epäselvyyttä siitä mitkä potilaat voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa
	Potilas ei ohjautu oikeaan paikkaan	Potilas ei ohjautu oikeaan paikkaan Epäselvää mihin ohjataan harhaluuloinen ikäihminen Epäselvää missä tapahtuu polikliininen psykiatrialinen toiminta Sukupuolitaudit ohjautuvat väärin paikkoihin Epäselvyyksiä asiakkaiden ohjautumisessa erikoissairaanhoidoon ”silmä+korva” -läheteellä Epäselvyyksiä asiakkaiden ohjautumisessa intensiivikuntoutukseen Epäselvyyksiä potilaiden hoidon ohjautumisessa yöaikaan kun omapäivystys on kiinni
	Tietämättömyys siitä, mihin potilas tulisi lähettää	Epäselvyyksiä siinä mihin AdHd lapset lähetetään Potilaan siirtyessä perusterveydenhuoltoon epäselvyyksiä siinä mihin hän lähetetään Erikoissairaanhoido lähettää omalääkärille, vaikei sellaista ole
	Potilassiirroissa ongelmia hoitavien	Epäselvyyksiä potilassiirroissa Epäselvyyksiä vaikeasti hoidettavien siirrossa terveyskeskukseen ennen viikonloppua Epäselvyyksiä vaikeasti hoidettavien siirrossa terveyskeskukseen ennen pyhiä Haasteita potilaiden siirrossa erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen Haasteita potilaan lähtiessä perusterveydenhuollosta hoitoon erikoissairaanhoidoon
	Hoidon jatkuvuus ei aina ole varmistettu	Potilaat ”katoavat” erikoissairaanhoidosta lähdettyään Jatkohoito ei ole aina varmistettu Ei muisteta terveyskeskuksen vuodeosastopaikkoja jatkohoitomahdollisuuksia pohdittaessa Erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen siirryttäessä hoidon jatkuvuuteen ei aina panosteta Erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen siirryttäessä hoidon jatkuvuus ei aina ole taattu
	Vajavaiset jatkohoito- ohjeet	Kirjalliset jatkohoito-ohjeet eivät ole aina riittäviä Potilas ei saa kirjallisia hoito-ohjeita poliklinikalla käynniltä Perusterveydenhuollossa ei ole riittävästi ohjeistusta jalkojenhoidosta
	Epäselvyydet jatkohoidon toteuttamisessa	Jatkohoidon siirtyvien potilaiden hoidon jatkuvuus ei aina laadukasta Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä, koska ei ole riittävästi tietoa jatkohoidosta Epäselvyyksiä kuntoutuksessa Epäselvyyksiä kuntoutuksen toimintatavoissa Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä aikuisneurologisten potilaiden kuntoutuksessa perustasolla Haasteita ohjeiden noudattamisessa
	Hoidon siirtymisen tuomat ongelmat toiselle hoitotaholle	Epäselvyyksiä kotiutuksessa perusterveydenpuolelle Epäselvyyksiä siinä mitä pitäisi tehdä, kun hoito erikoissairaanhoidosta palautuu perusterveydenhuollon puolelle Epäselvyyksiä siinä mitä pitäisi perusterveydenhuollon puolella tehdä, kun hoito erikoissairaanhoidossa päättyy Epäselvyyksiä laitoshoidon purkamisessa Erikoissairaanhoidosta kotiuttamisen nopeutuminen lisää paineita avopuolelle

Liite 3. Tutkimusaineiston induktiivinen sisällönanalyysi. (6/6)

Epäyhtenäiset hoitokäytännöt	Tutkimusprotokollat eivät ole yhtenäisiä	Kuvausprotokollat eivät ole yhtenäiset Epäselvyyksiä yhteisissä kuvauskäytännöissä Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen uusintakuvauksiin poliklinikkakäynnin yhteydessä Tutkimusprotokollat erilaisia Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen vehnäaltistusprotokollaan Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen vastasyntyneen bilirubiininottoon Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen Hoitotasapainon katsomiseen Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen vehnäaltistusaloituksen annoskokoihin Erilaiset perustelut tietyille toimenpiteille
	Hoitoketjuissa on puutteita	Hoitoketjujen toimivuus Päivittämättömät hoitoketjut Syömishäiriöpotilaiden hoitoketjua ei ole hahmoteltu yhteistyön kysymyksiä ESBL-potilaiden hoitoketjussa Yhteistyön kysymyksiä MRSA-potilaiden hoitoketjussa
	Potilasohjaus ei ole yhtenäistä	Potilaan ohjaaminen ei ole yhtenäistä Epäselvyyksiä asiakasohjauksessa Epäselvyyksiä diabeetikkoäidin ruokavalio-ohjauksessa Ei päivitettyä tietoa asiakkaiden ohjaamisesta Epäselvyyksiä PET-ohjauksen teossa Epäselvyyksiä potilaille annettavissa ohjeistuksissa Epäselvyyksiä tupakkavieroitus neuvonnassa Ei päivitettyä tietoa siitä, mitä esitteitä käyttää
	Lääkehoidossa on epäselvyyksiä	Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä lääkkeiden käytössä Ei samoja mahdollisuuksia lääkitsemisessä Epäselvyyksiä lääkitykseen liittyvissä kysymyksissä Perusterveydenhuollossa ei riittävästi ohjeistusta vanhusten lääkehoidosta Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen Marevan hoitoon Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen ohjeiden muuttumiseen lääkerekiteereistä
	Hoitotahojen toiminta on ristiriitaista	Toimintatavat eivät ole yhtenäiset Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä Ristiriitaisia käytäntötapoja Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen päivätoimintaan Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen uusien käytäntöjen käyttöönottoon Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen kuntouttavaan työtapaan
	Hoitotyön toimintakäytännöt ovat ristiriitaisia	Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen hoitajan rooliin vastaanotolla Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen välineiden puhtaudesta huolehtimiseen Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen kipsin pohjusten tekemiseen Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen i.v. nesteletkujen vaihtoväleihin
	Potilaan hoidon toimintakäytännöt ovat ristiriitaisia	Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen diabeetikon jalkojen kunnon tarkkailuun Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen diabeetikon jalkojen hyvään hoitoon Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen diabeetikon jalkojen haavojen hoitoon Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen kosketuseristyspotilaiden hoitoon Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen aikuisneurologisten potilaiden hoitoon perustasolla Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen synnyttämään lähtemisessä Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen lapsivuodeaikaan Ristiriitaisia toimintakäytäntöjä liittyen vauvanhoitoon